RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2009.2010

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL

Agence de la santé et des services sociaux de Laval
Québec

CONTRIBUTION
Nous tenons à remercier le personnel des différentes directions de l'Agence qui a contribué à la production de ce document.

ÉDITION ET DIFFUSION

Offert au centre de documentation de l'Agence au 450 978-2000.
Coût : **gratuit**

Offert **gratuitement** à partir de la section « Documentation » du site Internet de l'Agence : www.sssslaval.gouv.qc.ca

Pour l'obtention des documents en médias substituts, communiquez avec le centre de documentation.

Ce document peut être reproduit ou téléchargé pour une utilisation personnelle ou publique à des fins non commerciales, à la condition d'en mentionner la source.

© Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2010

Dépôt légal – 2010
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives Canada, 2010
ISBN-978-2-923699-60-8 (version imprimée)
ISBN-978-2-923699-61-5 (version PDF)

MOT DU PDG ET DU PRÉSIDENT DU CA

Le grand défi de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval en 2009-2010 a été de consacrer une grande partie de ses ressources afin de lutter contre la pandémie de grippe A(H1N1). Si les effets de la pandémie se sont avérés moins néfastes que prévu initialement, il n'en demeure pas moins que nous avons dû nous mobiliser pour mener dans la région la plus importante campagne de vaccination de l'histoire du Québec. Nous adressons de vifs remerciements au Centre de santé et de services sociaux de Laval, à tous les employés du réseau, à nos partenaires, dont la Ville de Laval, le milieu scolaire, les médias locaux, les médecins de Laval et les bénévoles. Sans eux, nous n'aurions jamais pu joindre en si grand nombre les Lavallois et mettre toutes les mesures en place pour les protéger.

À cet égard, l'ouverture de deux centres de vaccination de masse sur le territoire a permis de vacciner plus de 202 000 personnes à l'automne 2009. En tout, 56 % des Lavallois se sont prévalus de cette mesure préventive contre la grippe, résultat très similaire au taux affiché à l'échelle de la province.

Malgré ce contexte de pandémie, nous avons poursuivi nos efforts afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population lavalloise. Ainsi, en août 2009, les travaux de construction du Centre intégré de cancérologie de Laval, premier centre pour la population de la couronne nord de Montréal, ont débuté sur le terrain de l'hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval. Ce centre doit ouvrir ses portes en 2011-2012. De plus, le ministère de la Santé et des Services sociaux a autorisé l'ajout de 40 lits à l'hôpital, ce qui contribuera à répondre, en partie, aux besoins de lits de courte durée à Laval.

Le vieillissement de la population et la prévalence accrue des maladies chroniques ont des impacts importants sur l'urgence, et le nombre et la durée des hospitalisations de ces personnes. Nous avons donc pris des mesures pour travailler en amont et en aval de l'hospitalisation. En amont, le plan d'action régional en santé publique, adopté durant l'année, met l'accent sur les mesures de prévention telles les saines habitudes de vie. Nous avons également poursuivi nos travaux de développement de la première ligne, notamment par la mise en place de nouveaux groupes de médecine de famille (GMF). Nous avons aussi développé le concept de GMF réseau afin d'améliorer la prise en charge de la population orpheline et vulnérable. Toujours en amont, et dans le même but, le ministère a autorisé le Centre de santé et de services sociaux de Laval (CSSS de Laval) à mettre en place un nouveau point de services, dans l'ouest de l'île, qui offrira des services intégrés aux résidents de ce secteur.

L'engorgement de l'urgence, c'est bien connu, est en partie causé par des patients en fin de soins actifs qui occupent toujours des lits de courte durée, faute de place pour les accueillir en hébergement. La région de Laval manque cruellement de lits d'hébergement. C'est pourquoi nous avons autorisé le CSSS de Laval à développer 75 nouvelles places en ressources intermédiaires.

L'Agence a poursuivi ses efforts afin d'améliorer l'accès aux services par la mise en oeuvre du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience (2008-2011). Ce plan favorise l'accès et la continuité des services, tant pour les services de première ligne offerts au CSSS de Laval que pour les services spécialisés de réadaptation offerts par l'Hôpital juif de réadaptation et le CRDI Normand-Laramée. Des investissements ont permis l'ajout de plusieurs professionnels et techniciens en services directs à cette clientèle.

Nous avons poursuivi nos travaux en vue de réaliser notre planification stratégique 2010-2015 et consulté nos différents partenaires: établissements, organismes communautaires, comités consultatifs du conseil, milieux de l'éducation et municipal, qui nous ont donné quelques balises dans l'élaboration de nos objectifs et de nos stratégies. Le plan devra bien sûr composer avec les contraintes budgétaires prévues pour le réseau de la santé et des services sociaux que le gouvernement du Québec a dû adopter dans le cadre de son budget 2010-2011. Les mots d'ordre sont : efficacité, partenariats, complémentarité.

Cette année, nous avons encore atteint majoritairement les cibles des ententes de gestion qui nous étaient fixées par le Ministère pour 2009-2010. Nous faisons un suivi rigoureux avec nos établissements pour améliorer notre performance dans certains secteurs clés, tels que la santé mentale, les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et les jeunes en difficulté.

Au printemps, le conseil d'administration a adopté la stratégie régionale de main-d'oeuvre en réponse à une rareté de celle-ci. Elle touchera la promotion des métiers et professions, l'attraction et la fidélisation de la main-d'oeuvre, et l'organisation du travail. Cette stratégie, pour l'année 2010-2011, s'actualisera par une vaste campagne de promotion des métiers et des professions du domaine de la santé et des services sociaux, tant au niveau des étudiants du secondaire, du collégial et de l'université, que des résidents de Laval qui oeuvrent dans le réseau dans les régions périphériques de Laval. De plus, cette campagne permettra de mieux faire connaître et positionner nos établissements.

Nous devons également souligner l'extraordinaire contribution des organismes communautaires de la région qui, année après année, savent répondre aux besoins et offrir des services de grande qualité à la population lavalloise. Ces partenaires indispensables, bien implantés dans la communauté, apportent écoute, accompagnement et réconfort à une clientèle de plus en plus nombreuse et, très souvent, avec des moyens limités.

L'année 2010-2011 sera caractérisée par l'adoption de la planification stratégique 2010-2015 et sa mise en place progressive. Nous travaillerons principalement au désengorgement de l'urgence de plus en plus occupée, au développement de la première ligne pour consolider le système de services intégrés pour les personnes atteintes d'une maladie chronique, à l'ajout de places en hébergement, à l'amélioration des services à domicile et de réadaptation posthospitaliers. Un accent particulier sera mis sur l'accès aux services médicaux et diagnostiques ainsi que sur les services de réadaptation.

En tant que président du conseil d'administration et, en tant que président-directeur général de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval, nous désirons remercier sincèrement les membres du conseil d'administration de l'Agence et ceux des établissements de la région pour leur engagement soutenu envers la population. Nous tenons aussi à réitérer notre admiration à l'endroit tout particulièrement des membres du personnel de l'Agence et du réseau lavallois qui se sont démarqués en cette année exceptionnelle. Nous les remercions sincèrement pour le dévouement dont ils ont fait preuve durant les activités de la pandémie, la population lavalloise, en général, l'ayant grandement apprécié.

Le président-directeur général,

Claude Desjardins

Le président du conseil d'administration,

Luc Villiard

DÉCLARATION SUR LA FIABILITÉ DES DONNÉES CONTENUES DANS LE RAPPORT ANNUEL DE GESTION ET DES CONTRÔLES AFFÉRENTS

Les informations contenues dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur la fiabilité des données contenues dans le rapport et des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport annuel de gestion de l'exercice 2009-2010 de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval :

- décrivent fidèlement la mission, les mandats, les valeurs et les orientations stratégiques de l'Agence;
- présentent les indicateurs, les cibles et les résultats obtenus;
- présentent des données exactes et fiables.

Je déclare que les données contenues dans le présent rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'ils correspondent à la situation telle qu'elle se présentait pour l'exercice terminé le 31 mars 2010.

Le président-directeur général,

Claude Desjardins

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ACRONYMES **13**

LISTE DES TABLEAUX **15**

CHAPITRE 1 : L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL **17**

LA MISSION 17

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION 18

LES PRINCIPALES DÉCISIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION 19

LES COMITÉS DU CONSEIL ET DE LA PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL 20

- Forum de la population 20
- Commission infirmière régionale 20
- Commission multidisciplinaire régionale 21
- Comité régional d'accès aux services de santé et de services sociaux en langue anglaise 21
- Département régional de médecine générale 22
- Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée (TRCDMS) 22
- Comité régional sur les services pharmaceutiques 23

LES RESSOURCES HUMAINES 24

LE PLAN D'ORGANISATION DE L'AGENCE 25

CHAPITRE 2 : LA RÉGION **27**

LA LUTTE CONTRE LA DÉFAVORISATION 27

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET CONDITIONS DE VIE DES FAMILLES 27

L'IMMIGRATION 27

LES LANGUES 27

LA SCOLARITÉ 27

LE REVENU 27

LES FACTEURS DE RISQUE LIÉS AUX HABITUDES DE VIE 27

LE DÉFI FACE AUX MALADIES CHRONIQUES 28

LA SANTÉ MENTALE 28

CHAPITRE 3 : LE RÉSEAU DE SERVICES **31**

LES ÉTABLISSEMENTS 31

LES EFFECTIFS PAR CATÉGORIE D'EMPLOI 33

LES EFFECTIFS MÉDICAUX 33

LES PARTENAIRES 34
Les groupes de médecine de famille (GMF) 34
Les cliniques médicales 35
Les pharmacies 35
Les organismes communautaires et autres OSBL en santé et services sociaux 35
Le Comité régional sur les organismes communautaires (CROC) 37

CHAPITRE 4 : LE BILAN DES DIRECTIONS 39

LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE 39
MOT DE LA DIRECTRICE 39
DES ACTIONS PLUS QUE JAMAIS SIMPLES, UTILES ET CONCRÈTES 40
ACTIONS STRATÉGIQUES DE LA DIRECTION 40
LE FONDEMENT DE NOS ACTIONS 40
Surveillance de l'état de santé 40
PROTECTION DE LA SANTÉ 42
Les maladies infectieuses 42
La santé environnementale 43
La santé au travail 43
PROMOTION ET PRÉVENTION DE LA SANTÉ 44
Les saines habitudes de vie 44
LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE 44
LA CONTRIBUTION DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES 46

LA DIRECTION DES AFFAIRES MÉDICALES ET SANTÉ PHYSIQUE 47
MOT DU DIRECTEUR 47
Les services d'urgence 48
Les services préhospitaliers d'urgence 48
Les activités chirurgicales 48
Le guichet de la clientèle vulnérable orpheline 51
La gestion et la prévention des maladies chroniques 51
Le projet SARDM (Systèmes automatisés et robotisés de distribution de médicaments) 51
La télésanté 51
L'imagerie médicale 52
La périnatalité 52
La lutte contre le cancer 52
Les soins palliatifs 52
La contribution des organismes communautaires 53

LA DIRECTION DES AFFAIRES RÉSEAU **54**
MOT DU DIRECTEUR 54
L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET LES DROITS DES USAGERS 55
Les dossiers qualité 55
Le coroner ou les décès évitables 55
Les comités des usagers et les comités de résidents 55
Les visites d'appréciation dans les établissements 55
Le programme d'amélioration de l'alimentation en CHSLD 55
La certification des résidences pour personnes âgées 55
Le comité de vigilance et de la qualité 56
L'examen des plaintes par le commissaire régional 56
LE PROGRAMME SERVICES GÉNÉRAUX 57
Le service régional Info-Santé/Info-Social 57
Le répertoire des ressources santé et services sociaux 57
La violence conjugale et les agressions sexuelles 57
Priorités ministérielles 57
Faits saillants 57
La contribution des organismes communautaires 58
Perspectives 2010-2011 58
Le soutien communautaire en logement social 58
Faits saillants 58
Perspectives 2010-2011 58
LE PROGRAMME DÉPENDANCES 59
Priorités ministérielles 59
Faits saillants 59
Perspectives 2010-2011 59
L'ITINÉRANCE 59
Priorités ministérielles 59
Faits saillants 59
Perspectives 2010-2011 60
LE PROGRAMME SANTÉ MENTALE 60
Priorités ministérielles 60
Faits saillants 60
La contribution des organismes communautaires 60
Perspectives 2010-2011 61
LE PROGRAMME PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT 61
Priorités ministérielles 61
Faits saillants 61
La contribution des organismes communautaires 61
Perspectives 2010-2011 61

LE PROGRAMME JEUNES EN DIFFICULTÉ ... 63
Priorités ministérielles ... 63
Faits saillants ... 63
La contribution des organismes communautaires ... 63
Perspectives 2010-2011 ... 63
LE PROGRAMME DÉFICIENCE PHYSIQUE ... 64
Priorité ministérielle ... 64
Faits saillants ... 64
La contribution des organismes communautaires ... 64
Perspectives 2010-2011 ... 64
LE PROGRAMME DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED ... 65
Priorités ministérielles ... 65
Faits saillants ... 65
La contribution des organismes communautaires ... 65
Perspectives 2010-2011 ... 66
LA DIRECTION DES AFFAIRES ADMINISTRATIVES ... **67**
MOT DU DIRECTEUR ... 67
LE PROGRAMME ADMINISTRATION ET SOUTIEN ... 68
La planification de la main-d'oeuvre réseau ... 68
Le développement et le maintien des compétences du personnel réseau ... 68
Le développement des compétences du personnel d'encadrement ... 70
La présence au travail ... 70
Les heures supplémentaires ... 72
La main-d'oeuvre indépendante ... 73
Les ressources informationnelles régionales ... 73
LE PROGRAMME GESTION DES BÂTIMENTS ET ÉQUIPEMENTS ... 74
Immobilisations et équipements – réseau ... 74
Rénovations fonctionnelles mineures autres que CHSLD ... 74
Rénovations fonctionnelles mineures en CHSLD ... 75
Maintien des actifs immobiliers ... 75
Maintien des actifs – Équipements ... 75
Enveloppes Aides techniques ... 76
Autres projets ... 76

CHAPITRE 5 : BILAN DE L'ENTENTE DE GESTION ... **77**
RÉSUMÉ DU BILAN DE SUIVI DE GESTION RÉGIONAL 2009-2010 ... 77
BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ À LA FIN DE LA TREIZIÈME PÉRIODE FINANCIÈRE 2009-2010 ... 81

CHAPITRE 6 : LES ÉTATS FINANCIERS DE L'AGENCE **111**
LES RESSOURCES FINANCIÈRES RÉSEAU 111
Allocations régionales 111
Équilibre budgétaire 111
Situation financière des établissements 112
Investissements nets 113
Autorisations d'emprunts 114
LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS 115
Le rapport de la direction 115

ANNEXE 1 : CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE **123**

ANNEXE 2 : PUBLICATIONS OFFICIELLES 2009-2010 ..... **127**

ANNEXE 3 : FINANCEMENT RÉCURRENT AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES **129**

LISTE DES ACRONYMES

A	**ACEF**	Association coopérative d'économie familiale
	AGENCE	Agence de la santé et des services sociaux de Laval
	AQDR	Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées Laval
	AQEPA	Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs
	ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
C	**CASAL**	Comité d'action en sécurité alimentaire de Laval
	CATAL	Comité d'animation du troisième âge de Laval
	CEBA	Centre d'expertise bioalimentaire de Laval
	CHOC	Carrefour d'hommes en changement
	CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
	CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
	CILL	Centre d'implication libre de Laval en réadaptation sociale
	CISEP	Centre d'intégration sociale et professionnelle de Laval
	CLSC	Centre local de services communautaires
	CMS	Cliniques médicales spécialisées
	CMuR	Commission multidisciplinaire régionale
	CMV	Clinique médicale virtuelle
	COMEL	Centre d'orientation multiethnique de Laval
	CPIVAS	Centre de prévention et d'intervention pour les victimes d'agression sexuelle
	CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle
	CRDPR	Comité régional de développement du personnel réseau
	CRÉ	Conférence régionale des élus
	CROC	Comité régional sur les organismes communautaires
	CRPAT	Centres de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres toxicomanies
	CSDL	Commission scolaire de Laval
	CSSS	Centre de santé et de services sociaux
	CSST	Comission de la santé et de la sécurité du travail
	CSSWL	Commission scolaire Sir-Wilfrid-Laurier
D	**DI**	Déficience intellectuelle
	DP	Déficience physique
	DRMG	Département régional de médecine générale
	DSP	Direction de santé publique
E	**EES**	École en santé
	ETC	Équivalent temps complet (emploi)
G	**GMF**	Groupe de médecine de famille
H	**HNS**	Health Network Solutions
	HSCM	Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
I	**INSPQ**	Institut national de santé publique du Québec
	IPM	Index patients maître
	IPPAP	Intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et auprès de leurs partenaires
	IPSPL	Infirmières praticiennes spécialisées en première ligne
	IRM	Imagerie par résonance magnétique
	ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
L	**LIM**	Laboratoires d'imageries médicales
	LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents

M	**MADO**	Maladies à déclaration obligatoire
	MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation
	MPLS	Multiprotocol Label Switching
	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
O	**OEMC**	Outil d'évaluation multiclientèle
P	**PACS - DSQ**	Picture archiving and communication system (système d'archivage et de transmission des images) – Dossier de santé du Québec
	PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
	PASSAJ	Programme de prévention et de promotion traitant de la violence dans les relations amoureuses et du harcèlement sexuel auprès des jeunes de 16-17 ans
	PCI	Prévention et contrôle des infections nosocomiales
	PDG	Président-directeur général
	PEM	Plans d'effectifs médicaux
	PEMU	Projet d'alimentation en eau potable en milieu urbain
	PIQ	Protocole d'immunisation du Québec
	PRAAC	Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité
	PREM	Plans régionaux d'effectifs médicaux
	PRISMA-7	Outil de repérage des personnes en perte d'autonomie en sept questions
	PSI	Plan de services individualisé
	PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
	PTG	Prothèse totale de genou
	PTH	Prothèse totale de hanche
R	**RAA**	Ressource alternative autre
	Ressource ATP	Groupes de soutien pour personnes anxieuses et trouble panique
	RI	Ressources intermédiaires
	RITM	Réseau intégré de télécommunication multimédia
	RNI	Ressources non institutionnelles
	ROIIL	Réseau des organismes et des intervenants en itinérance de Laval
	RSI	Réseau de services intégrés
	RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
	RLS	Réseau local de services
	RUIS	Réseaux universitaires intégrés de santé
	RTF	Résidences de type familial
	RTSS	Réseau de télécommunication sociosanitaire
S	**SAD**	Soutien à domicile (maintien des services en milieu de vie)
	SARDM	Systèmes automatisés et robotisés de distribution de médicaments
	SICHELD	Système d'information clientèle en milieu d'hébergement et de soins de longue durée
	SIPAD	Système d'information pour les personnes ayant une déficience
	SIPPE	Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance
	SI-SIV	Suivi intensif dans le milieu – soutien d'intensité variable
	SISSS	Système d'information sur la sécurité des soins et des services
	SIV	Soutien d'intensité variable
	SSPAD	Société de soins paléatifs du Grand Montréal
T	**TDAH**	Trouble de déficit de l'attention/hyperactivité
	TEC	Trouble extrême du comportement
	TED	Troubles envahissants du développement
	TCR	Temps complet régulier
	TMS	Troubles musculo-squelettiques
	TRCDMS	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
	TS	Travailleur social
U	**UTT**	Université de Technologies de Troyes
V	**VIRAJ**	Programme de la prévention de la violence dans les relations amoureuses chez les jeunes et de promotion des relations égalitaires
	VPH	Virus du papillome humain

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Effectifs de l'Agence de Laval au 31 mars 2010 24
Tableau 2. Population par groupe d'âge 27
Tableau 3. Établissements du réseau 31
Tableau 4. Nombre de ressources et de places en ressources non-institutionnelles 32
Tableau 5. Effectifs du réseau au 31 mars 2010 33
Tableau 6. Nombre de médecins omnipraticiens et spécialistes à Laval 34
Tableau 7. Liste des GMF de la région 34
Tableau 8. Exercice 2009-2010 - Financement total des organismes communautaires selon les modes de financement 36
Tableau 9. Liste des bulletins Sélections – Santé Laval 42
Tableau 10. Nombre de chirurgies réalisées 49
Tableau 11. Délais d'attente pour les chirurgies 50
Tableau 12. Endoscopies réalisées 50
Tableau 13. État de situation au 31 mars 2010 56
Tableau 14. Développement du personnel syndiqué 69
Tableau 15. Développement du personnel cadre 70
Tableau 16. Mesures incitatives 71
Tableau 17. Situation financière 2009-2010 des établissements de Laval 112
Tableau 18. Financement net 2009-2010 accordé par l'agence et le ministère 113
Tableau 19. Sommaire des autorisations d'emprunt au 31 mars 2010 114
Tableau 20. Bilan au 31 mars 2010 116
Tableau 21. Résultats – exercice terminé le 31 mars 2010 117
Tableau 22. Solde de fonds combinés 118
Tableau 23. État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 119
Tableau 24. Bilan des fonds affectés 120
Tableau 25. Résultats des fonds affectés 121
Tableau 26. Solde des fonds affectés 122

CHAPITRE 1

L'AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL

LA MISSION

L'Agence de la santé et des services sociaux de Laval (l'Agence), selon la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, est instituée pour exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de la région de Laval, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés. Elle exerce des responsabilités particulières à l'égard des établissements, des organismes communautaires et de la population.

Ainsi, l'Agence de Laval :

- Assure la participation de la population à la gestion du réseau public de services de santé et de services sociaux et assure le respect des droits des usagers;
- s'assure d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers;
- facilite le développement et la gestion du réseau local de services de santé et de services sociaux;
- élabore un plan stratégique pluriannuel et en assure le suivi;
- alloue les budgets destinés aux établissements, accorde les subventions aux organismes communautaires et attribue les allocations financières aux ressources;
- assure la coordination des activités médicales particulières des médecins ainsi que des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées et favorise leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;
- assure la coordination des services de sa région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes;
- met en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;
- assure une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition;
- évalue les résultats de la mise en oeuvre de son plan stratégique et assure la reddition de comptes de sa gestion en fonction des cibles nationales et régionales et en vertu des standards d'accès, d'intégration, de qualité, d'efficacité et d'efficience reconnues;
- soutient les établissements dans l'organisation des services et intervient auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de services visant à répondre aux besoins de la population;
- s'assure que les mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements sont établis et fonctionnels;
- développe des outils d'information et de gestion pour les établissements de sa région et les adapte aux particularités de ceux-ci;
- prévoit des modalités et développe des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus;
- développe des mécanismes de protection des usagers, de promotion et de défense de leurs droits.

LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Les membres du conseil d'administration au 31 mars 2010 :

NOMS	Secteur de représentation
Mme Christiane Bénard	Organisme représentatif du milieu syndical
Mme Denyse Blanchet	Personne reconnue pour ses compétences en gestion – proposée par les établissements autres que le CSSS
Mme Nadia Chacour	Personne reconnue pour ses compétences en gestion – proposée par les établissements de la région : CSSS ou CHSLD
M. Walter Fogel	Membre coopté
M. Laurent Guay (secrétaire)	Organisme représentatif du milieu communautaire
Mme Chantal Guèvremont	Représentante de la Commission multidisciplinaire régionale
M. François-Hugues Liberge	Organisme représentatif du secteur public de l'enseignement
Mme Mireille Ménard (vice-présidente)	Membre cooptée
Mme Joanne L. Niding	Représentante du comité des usagers des établissements
Dr Jacques Ouellet	Représentant de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
Dr Maurice Pilon	Représentant du département régional de médecine générale (DRMG)
M. Jimmy Ung	Représentant des organismes socioéconomiques
M. Luc Villiard (président)	Membre coopté
Poste vacant	Représentant des organismes socioéconomiques
Poste vacant	Représentant de la Commission infirmière régionale
M. Claude Desjardins	Président-directeur général, Agence de Laval

Les comités du conseil d'administration

Trois comités étudient les dossiers relatifs à leur champ d'expertise et en assurent le suivi afin de faire des recommandations au C.A.

- Le comité de vérification
  - Mme Denyse Blanchet, présidente
  - Mme Nadia Chacour
  - Mme Joanne L. Niding

- Le comité des affaires matérielles et financières réseau
  - Mme Christiane Bénard, présidente
  - M. Walter Fogel
  - M. Laurent Guay
  - Mme Mireille Ménard
  - M. Jimmy Ung

- Le comité de vigilance et de la qualité
  - M. Laurent Guay, président
  - M. Claude Desjardins
  - M. Michel Coutu (commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services)
  - Mme Joanne L. Niding
  - M. Walter Fogel

Éthique et déontologie

Aucun manquement au Code d'éthique et de déontologie des administrateurs de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval n'a été signalé au cours de l'année 2009-2010. Vous trouverez le texte à l'annexe 1.

LES PRINCIPALES DÉCISIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Cadre de référence de GMF-réseau

Le plan d'action pour l'accès aux services médicaux de première ligne du MSSS établit des mesures stratégiques prioritaires en vue d'offrir à tous les Québécois l'accès à des services médicaux qui leur assure un suivi continu de qualité.

Le concept de GMF-réseau vise notamment à :

- Accroître l'accessibilité aux services de première ligne;
- consolider l'offre de service médicale attendue des GMF, axée principalement sur la prise en charge des patients par les médecins du groupe en collaboration avec les infirmières;
- favoriser le réseautage des cliniques de moindre envergure avec les GMF existants afin qu'elles se prévalent des avantages d'un GMF.

Ce cadre de référence a été adopté par le conseil d'administration de l'Agence et déposé au MSSS pour approbation avant d'être proposé aux GMF remplissant les exigences requises.

Plan d'action visant l'accessibilité et l'adaptation des services aux personnes handicapées de l'Agence 2009-2010

Le conseil d'administration a adopté le Plan d'action 2009-2010 dont les objectifs sont les suivants :

- Diffuser de l'information sur la disponibilité des services adaptés lors de consultations ou de rencontres du conseil d'administration ou de la permanence de l'Agence;
- faire connaître, sur le site Web de l'Agence, les possibilités d'obtenir des services en médias adaptés;
- assurer l'accessibilité et la sécurité des lieux, à l'intérieur du bâtiment.

Dialyse rénale : augmentation des activités

Le conseil d'administration a alloué au Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Laval, pour l'exercice 2009-2010, un montant maximal récurrent de 751 250 $ pour l'aider à financer les coûts additionnels prévus au regard de l'accroissement de volume de clientèle en dialyse rénale.

Maintien des équipements médicaux 2009-2010

Une enveloppe de 6 248 839 $ a été allouée par le conseil d'administration pour le maintien de l'équipement médical. De cette enveloppe, une part régionale est identifiée, représentant 15 %, pour un montant de 657 773 $.

Une entente a été signée entre les régions de Laval et Montréal, avec le consentement du MSSS dans le cadre du projet PACS – DSQ. Cette entente prévoit le remplacement de certains équipements médicaux du CSSS de Laval, notamment les consoles diagnostiques et cliniques, pour une somme de 454 000 $.

La somme résiduelle de cette enveloppe, soit 203 773 $, contribuera à remplacer l'appareil à imagerie par résonance magnétique (IRM) au CSSS de Laval, dont la valeur de remplacement s'élève à 2 200 000 $.

Rénovations fonctionnelles mineures 2009-2010, autres que dans les CHSLD

Le conseil d'administration a procédé à la répartition d'une enveloppe de 2 130 192 $ pour des rénovations fonctionnelles mineures autres que dans les CHSLD pour 2009-2010. Le plan de conservation et de fonctionnalités immobilières est un plan triennal mis à jour annuellement par les établissements. Ceux-ci ont identifié et priorisé leurs besoins en rénovations fonctionnelles mineures et les ont transmis à l'Agence. Les représentants de l'Agence ont analysé les demandes des établissements et ont réparti les sommes selon les besoins prioritaires.

L'Agence observe qu'il y a régulièrement des imprévus en cours d'année, tels l'ajout de projets ou le dépassement budgétaire de projets déjà autorisés. Une somme de 41 676 $ est réservée à ces fins.

Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience

En 2009-2010, le conseil d'administration a alloué un montant de 1 135 123 $ pour 2009-2010, annualisé à 2 064 636 $ en 2010-1011. Ce montant est dédié à la mise en oeuvre du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience. Cette allocation visait le CSSS de Laval, le CRDI Normand-Laramée et l'Hôpital juif de réadaptation.

Programme des services de santé au travail

Dans le cadre de l'application du programme des services de santé au travail, chaque agence désignée doit conclure une entente spécifique de gestion et d'imputabilité avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST). En conséquence, un contrat spécifique a déjà été convenu entre l'Agence et la Commission. Les attentes et les engagements de la Commission en découlent.

Par ailleurs, l'Agence s'engage à dispenser les services de santé au travail à un niveau correspondant à l'enveloppe budgétaire qui lui est accordée et à conclure une entente de gestion et d'imputabilité avec le CSSS de Laval qui offre les services de santé au travail dans la région.

À cet effet, le conseil d'administration a adopté l'entente spécifique de gestion et d'imputabilité 2010 dans le cadre du programme des services de santé au travail et, à ce titre, a mandaté le président-directeur général pour signer cette entente.

Stratégie de gestion de la main-d'oeuvre du réseau de la santé et des services sociaux de Laval

Le réseau de la santé et des services sociaux de Laval, à l'instar des autres régions du Québec, est confronté à une pénurie de main-d'oeuvre et à un accroissement de sa clientèle en raison des courbes démographiques. Presque tous les secteurs d'activité sont touchés par la pénurie, tels que les soins et services cliniques, la pharmacologie, l'ergothérapie, l'orthophonie, le travail social et la gestion. Dans un contexte de renouvellement de la main-d'oeuvre et d'évolution des soins et des services en fonction des besoins croissants de la clientèle, l'attraction et la rétention d'un personnel qualifié comptent parmi les principaux défis de l'Agence. De plus, le domaine de la santé et des services sociaux est peu connu des jeunes. Finalement, au cours des trois prochaines années, la région connaîtra un nombre important de départs à la retraite, accentuant l'impact sur la main-d'oeuvre employée par le réseau.

La stratégie repose sur les trois axes d'intervention suivants :

- La promotion des métiers et professions;
- l'attraction de la main-d'oeuvre;
- l'amélioration de la fidélisation de la main-d'oeuvre et de l'organisation du travail.

Le conseil d'administration a adopté la Stratégie de gestion de la main-d'oeuvre du réseau de la santé et des services sociaux de Laval.

LES COMITÉS DU CONSEIL ET DU PRÉSIDENT-DIRECTEUR GÉNÉRAL

FORUM DE LA POPULATION

MEMBRES

- M. Gilles Fournier, président, DIRA-Laval
- Mme Georgette Cossette-Mather, vice-présidente, AQDR (section Laval)
- M. Claude Cataford, Fédération de l'âge d'or du Québec (section Laval)
- M. Steve Carrière, Laval Technopole et Forum jeunesse de Laval
- Mme Diane Clavet, Commission scolaire de Laval
- Mme Françoise Golden, Pastorale de Laval
- Mme Josette Guerrier, Centre COMEL
- Mme Melpa Kamatéros, Le Bouclier d'Athéna (Table de concertation en violence conjugale de Laval)
- Mme Dominique Rioux, Option Travail
- M. Vincent Aucoin, Comité des usagers, CSSS de Laval (représentant des comités d'usagers)
- Mme Jocelyne Boulanger, Regroupement des organismes de promotion de personnes handicapées de Laval (représentante des communautés culturelles)
- M. Rémi Goulet, Comité des usagers, Résidence Riviera (représentant des comités d'usagers)
- Mme Lydia Nouneh, CISEP (représentante de la communauté d'expression anglaise)
- M. Claude Desjardins, PDG, Agence de Laval

Réalisations

Le Forum s'est réuni à deux reprises. Les membres ont échangé sur les sujets suivants :

- Formation sur les méthodes délibératives de participation publique;
- présentation par le directeur des affaires médicales et santé physique de l'Agence sur la mise en place d'une organisation de services de première ligne dans la région de Laval;
- présentation par le CSSS de Laval de la mise en place du regroupement clientèle « Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement ».

COMMISSION INFIRMIÈRE RÉGIONALE

MEMBRES

- Mme Louise Villeneuve, présidente, CSSS de Laval
- Mme Francine Meunier, CSSS de Laval
- Mme Julie Rodrigue, CSSS de Laval
- Mme Danièle Lalande, CSSS de Laval
- Mme Hélène Trudel, CSSS de Laval
- Mme Nicole Dufresne, CRDI Normand-Laramée
- Mme Jacqueline Bois, CSSS de Laval
- Mme Lise Fernand-Houle, Collège Montmorency
- Mme France Sylvestre, GMF, Clinique médicale Sainte-Dorothée
- Mme Elisabeth Blair, Hôpital juif de réadaptation

- Mme Lucie Guibord, Ordre régional des infirmières et infirmiers de Montréal/Laval
- Mme Louise Cossette, CSSS de Laval
- Mme Manon Ethier, Résidence Riviera
- M. Claude Desjardins, PDG, Agence de Laval

Cette année, le mandat de trois ans des membres de la Commission arrivait à terme. Un processus d'élection et de désignation a eu lieu en vue de renouveler la composition de celle-ci. Plusieurs membres ont démontré leur intérêt à poursuivre leur participation au sein de la Commission et ainsi assurer la continuité.

Réalisations

La commission s'est réunie à cinq reprises. Les membres ont échangé sur divers sujets :

- Les infirmières praticiennes spécialisées;
- les services de première ligne;
- les GMF-réseau;
- la pandémie de grippe A (H1N1);
- le préceptorat;
- l'organisation d'une soirée reconnaissance pour les infirmières.

COMMISSION MULTIDISCIPLINAIRE RÉGIONALE

MEMBRES

- Mme Chantal Guèvremont, présidente, CSSS de Laval
- Mme Mary Caravias, CSSS de Laval
- Mme Denyse Blanchet, Collège Montmorency
- M. Daniel Hétu, CRDI Normand-Laramée
- M. Jonathan Gouin, CSSS de Laval
- M. Jean-François Payette, Centre jeunesse de Laval
- M. Pierre-Paul Millette, CSSS de Laval
- Mme Léontina Talmaceanu, CSSS de Laval
- M. Claude Desjardins, PDG, Agence de Laval

Cette année, le mandat de trois ans de la Commission arrivait à terme. Un processus d'élection et de désignation a eu lieu en vue de renouveler la composition de celle-ci. Plusieurs membres ont démontré leur intérêt à poursuivre leur participation au sein de la Commission et ainsi en assurer la continuité.

Réalisations

Les membres se sont réunis à six reprises pour échanger sur les sujets suivants :

- Planification régionale de la main-d'oeuvre;
- création d'un diaporama sur la CMuR;
- organisation et tenue du forum sur la loi 90 en collaboration avec Dr Jean-Bernard Trudeau;
- présentation du rapport annuel de la CMuR au conseil d'administration de l'Agence;
- projet d'un comité régional dédié à la loi 90 (en cours de réalisation);
- projet d'un forum des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires de Laval (a eu lieu le 9 juin 2010).

COMITÉ RÉGIONAL D'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX EN LANGUE ANGLAISE

MEMBRES

- Mme Elizabeth McCleod, présidente, Association amicale des jeunes et parents « Agape »
- M. Jean Bélair, vice-président, Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes - Laval
- Mme Ann Carey, Manoir Saint-Patrice
- Mme Portia Darwish, Laval Women's Group
- Mme Mary Mucci, Laval Women's Group
- Mme Liette Dubord, CRDI Normand-Laramée
- M. Walter Fogel, Commission scolaire Sir-Wilfrid-Laurier
- Mme Christiane Hémond, Ville de Laval
- Mme Diane Lamonde, CSSS de Laval
- Mme Karine Lacerte, CSSS de Laval
- Mme Sophie Ouellet, CSSS de Laval
- Mme Carole Toupin, Centre jeunesse de Laval
- Mme Lise Pinsonnault, Direction régionale d'Emploi-Québec Laval
- Mme Lynda Gloutney, Hôpital juif de réadaptation
- M. Claude Desjardins, PDG, Agence de Laval

Réalisations :

Les membres se sont réunis à deux reprises et ont fait un suivi de la mise en oeuvre du plan d'action inclus dans le Programme d'accès en langue anglaise 2007-2010. De plus, ils ont échangé et discuté des points suivants :

- Planification stratégique 2010-2015;
- projet d'adaptation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise (CHSSN);
- entente Canada-Québec;
- version anglaise du site Web de l'Agence;
- projet McGill : formation linguistique pour les intervenants du réseau;
- planification régionale de la main-d'oeuvre.

DÉPARTEMENT RÉGIONAL DE MÉDECINE GÉNÉRALE

MEMBRES
- Dr Michel Breton, Chef, Centre médical Laval
- Dr Martin Archambault, Clinique médicale Monteuil
- Dre Isabelle Croteau, CSSS de Laval
- Dre Suzette Guirguis, CSSS de Laval
- Dre Danielle Soulière, Médi-Centre Chomedey
- Dr Claude Saucier, Polyclinique médicale Concorde
- Dr Alain Turcotte, CSSS de Laval
- Dre Pauline Couture, Agence de Laval
- Dre Sylvie Robitaille, CSSS de Laval
- M. Claude Desjardins, PDG, Agence de Laval

L'année 2009-2010 sera considérée comme une année particulière qui fut marquée par la lutte contre la pandémie de grippe A (H1N1). Ainsi, toutes les activités dites régulières de l'automne 2009 ont été suspendues de septembre 2009 à janvier 2010 en raison d'une monopolisation des efforts déployés à gérer cette situation. C'est aussi l'année où le DRMG de Laval a entrepris une vaste démarche de recensement des activités médicales ayant court sur son territoire.

Réalisations
- Contribution au dossier de la mise en place d'un point de services dans l'ouest de l'île, tant avec la firme CIM qu'avec le CSSS de Laval par la suite. Ce dossier est toujours en cours;
- participation aux travaux de CIM sur l'évaluation du travail en omnipratique sur le territoire de Laval;
- renouvellement des contrats de GMF Laval, Centre médical Laval, Fabreville, Concorde et Sainte-Dorothée;
- création du GMF Sainte-Rose;
- élaboration du concept de GMF-réseau et discussion active avec les partenaires;
- participation aux travaux du comité d'implantation des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne (IPSPL) avec l'Agence et le CSSS de Laval. Dans ce cadre, une entente avec un GMF pour l'accueil d'une candidate a été suspendue dans l'attente de la fin des négociations au niveau provincial;
- tournée des milieux cliniques pour faire la promotion du Guichet des clientèles vulnérables et du projet d'Accueil clinique;
- constitution d'un registre informatisé des adresses des omnipraticiens de la région;
- recensement des activité des omnipraticiens en Activités Médicales Prioritaires (AMP) sur le territoire de Laval et constitution d'un registre à mise à jour permanente de celles-ci;
- participation au comité des mesures d'urgence dans le cadre de la lutte contre la pandémie de grippe A (H1N1);
- élaboration d'une liste de garde pour un site non traditionnel de traitement;
- tenue d'une assemblée générale d'urgence pour organiser le travail clinique dans le cadre de la lutte contre la pandémie de grippe A (H1N1);
- tenue de trois séances d'entrevue et sélection des sept candidat(e)s au PREM et des 2 PEMU.

TABLE RÉGIONALE DES CHEFS DE DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SPÉCIALISÉE (TRCDMS)

MEMBRES
- Dr Jacques Ouellet, président, chef du département de l'urgence, CSSS de Laval
- Dr Jean-René Houle, chef du département d'orthopédie, CSSS de Laval
- Dr Jacques Morais, chef du département de médecine spécialisée, CSSS de Laval
- Dre Pascale Hamel, chef du département de pédiatrie, CSSS de Laval
- Dre Danielle Talbot, chef du département de biologie médicale, CSSS de Laval
- Dr Sébastien Roy, chef du département d'anesthésie et réanimation, CSSS de Laval
- Dre Marie-Andrée Fortin, chef du département de radio-oncologie, CSSS de Laval
- Dr Bruno Morin, chef du département de radiologie, CSSS de Laval
- Dr Jean Parratte, chef du département de psychiatrie, CSSS de Laval
- Dr Dominique Tremblay, chef du département de gynécologie-obstétrique, CSSS de Laval
- M. Claude Desjardins, PDG, Agence de Laval

MEMBRES OBSERVATEURS
- Dre Nicole Damestoy, directrice de santé publique, Agence de Laval
- Dr Alain Goudreau, directeur des services professionnels et hospitaliers, CSSS de Laval
- M. Luc Lepage, directeur général, CSSS de Laval

Réalisations
Le mandat des membres se terminant en avril 2009, un processus de renouvellement de la Table a eu lieu pour se terminer en juin 2009.

Compte tenu des particularités de la région sociosanitaire de Laval, la composition de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée est, à une exception

près, la même que la table locale. Contrairement aux autres régions du Québec, il y a un important potentiel de chevauchement entre, d'une part, l'Agence et la Table régionale et, d'autre part, le CSSS et la Table locale. À cet effet, une rencontre a été tenue en septembre 2009 afin de clarifier le rôle et les responsabilités de chacune des tables.

Cette session de travail a permis de définir et de proposer un mode de fonctionnement au sein de la TRCDMS (ex. comité de travail, horaire des rencontres, liens avec les autres comités décisionnels locaux, etc.). La distinction entre le rôle de cette table, qui traite des enjeux régionaux et qui donne avis au président-directeur général de l'Agence, et celui de la table locale des chefs de département, qui relève du Département des services professionnels et hospitaliers du CSSS, a été clarifiée. La nature des dossiers traités à la Table régionale a été précisée et repose sur le principe suivant : les dossiers « macro », à portée régionale, nécessitant une coordination entre établissements, entre établissements et cabinets privés, entre la médecine spécialisée et la médecine générale seront présentés à la Table régionale. Les dossiers « micro », à portée essentiellement locale, seront traités à la Table locale du CSSS de Laval.

La Table régionale se penche ainsi sur les orientations stratégiques afin d'avoir une vision cohérente et congruente où l'intérêt de la région est pris en compte pour effectuer un choix éclairé afin de servir à la planification de l'ensemble des départements.

Dans cette optique, les membres de la Table régionale se sont réunis à cinq reprises et ont traité différents dossiers, dont les corridors de service pour le département de radio-oncologie du CSSS de Laval et de la nouvelle façon de fonctionner pour l'attribution des effectifs médicaux (PREM) en spécialité. La réflexion sur le plan de l'organisation des services médicaux spécialisés est amorcée et servira de levier justifiant le plan régional d'effectifs.

COMITÉ RÉGIONAL SUR LES SERVICES PHARMACEUTIQUES

MEMBRES

- M. Jean Thiffault, représentant des pharmaciens propriétaires, président
- Mme Nathalie Fernandes, CSSS de Laval, représentante des pharmaciens qui exercent leur profession dans un centre exploité par un établissement
- Mme Francine Lussier Labelle, CSSS de Laval, représentante des chefs de départements de pharmacie
- M. John Zannis, représentant des pharmaciens qui exercent leur profession dans les pharmacies communautaires
- M. Claude Desjardins, PDG, Agence de Laval

Réalisations

En 2009-2010, le comité s'est réuni à trois reprises. Les membres se sont penchés sur différents dossiers, dont les ordonnances collectives, l'anticoagulothérapie et le plan de réalisation du projet SARDM (systèmes automatisés et robotisés de distribution de médicaments dans les établissements de santé au Québec).

De plus, une soirée d'information a été organisée par les membres du comité pour aborder l'insuffisance rénale, le rôle des pharmaciens communautaires dans le suivi des maladies chroniques et leur participation à la lutte à la pandémie de grippe A (H1N1). Le nombre de participants témoigne du succès de cette soirée.

LES RESSOURCES HUMAINES

Tableau 1. Effectifs de l'Agence de Laval au 31 mars 2010

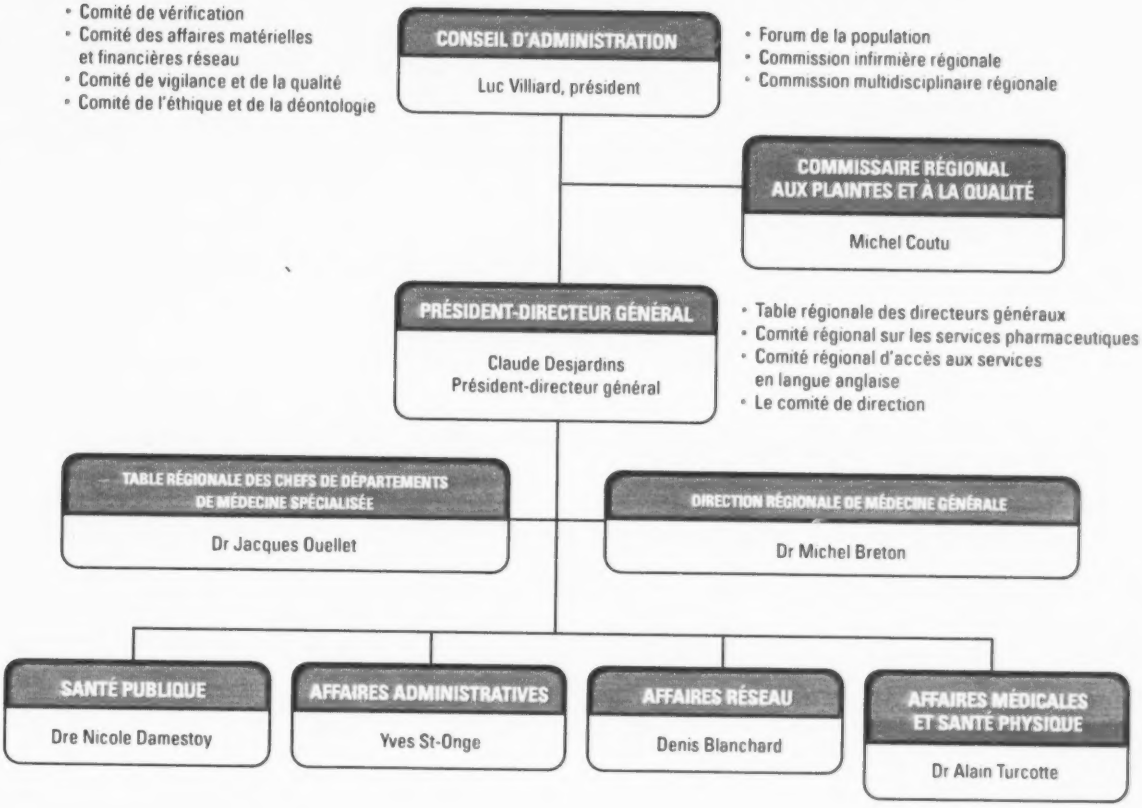
	2009-2010	2008-2009
LES CADRES		
• TEMPS COMPLET	12,0	12,0
• TEMPS PARTIEL		0,0
LES EMPLOYÉS RÉGULIERS		
• TEMPS COMPLET	72,0	71,0
• TEMPS PARTIEL	0,6	0,6
LES EMPLOYÉS OCCASIONNELS		
• NOMBRE D'HEURES RÉMUNÉRÉES AU COURS DE L'EXERCICE	22 990	23 660
• ÉQUIVALENT TEMPS COMPLET (E.T.C.)	15,0	13,0
TOTAL DES EFFECTIFS	**99,6**	96,6

Aux effectifs de l'Agence de Laval s'ajoutent un dentiste ainsi qu'une vingtaine de médecins actifs au sein de la Direction de santé publique et de la Direction des affaires médicales et santé physique.

Voici quelques-unes des activités de développement et de mise à jour qui ont été réalisées dans le cadre du Plan de développement des ressources humaines de l'Agence :

- Le renouvellement d'une entente intersyndicale a permis la poursuite du régime d'aménagement du temps de travail. Ce régime prévoit quatre types d'horaires de travail pouvant répondre autant aux besoins de l'organisation qu'à ceux du personnel qui cherche à atteindre l'équilibre travail-vie personnelle;
- l'Agence a poursuivi ses activités de promotion de la mobilité interne du personnel;
- sept professionnels de l'Agence ont poursuivi une formation au Programme de relève des cadres offerte par l'Université Laval;
- le personnel de l'Agence a bénéficié de 28 activités de mise à jour et de perfectionnement.

LE PLAN D'ORGANISATION DE L'AGENCE



CHAPITRE 2

LA RÉGION

La région, qui occupe 246 km² soit 0,02 % du territoire québécois, constitue la plus petite des régions administratives du Québec tout en étant la deuxième en importance pour la densité de sa population avec 1 587 habitants/km².

Le territoire de Laval est largement urbanisé (56 %). La zone agricole couvre 17 % du territoire, alors que la zone forestière, l'exploration minière et les territoires non exploités couvrent 27 % de l'île Jésus.

Laval est l'une des sept régions les plus populeuses du Québec et compte près de 400 000 résidents. Si elle ne se démarque pas significativement du reste du Québec au plan sociodémographique, trois éléments sont à souligner : la croissance plus marquée de la population lavalloise, de la proportion d'aînés en particulier, et l'importance grandissante des communautés culturelles.

Laval connaît une croissance démographique un peu plus rapide que celle du Québec. Le nombre de mineurs, soit de moins de 18 ans, diminue graduellement tandis que le nombre d'aînés (65 ans et plus) augmente, ce qui a comme conséquence que le nombre d'aînés dépassera celui des mineurs en 2017.

Tableau 2. Population par groupe d'âge

Groupe d'âge	2010	2009	Variation %
Hommes	195 042	192 156	1,50
Femmes	201 144	198 132	1,52
0-14 ans	66 885	66 253	0,95
15-24 ans	51 604	50 714	1,75
25-44 ans	107 180	107 005	0,16
45-64 ans	110 938	108 679	2,08
65-74 ans	**31 873**	**31 026**	**2,73**
75 ans et plus	**27 706**	**26 611**	**4,11**
TOTAL	**396 186**	**390 288**	**1,51**

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *La population du Québec par territoire des centres locaux de services communautaires, par territoire des réseaux locaux de services et par région sociosanitaire, de 1981 à 2031*, édition 2010.

LA LUTTE CONTRE LA DÉFAVORISATION

Bien que la situation socioéconomique lavalloise soit en général favorable lorsqu'on la compare à la moyenne québécoise, on observe la présence d'une disparité intrarégionale. À Laval, il existe des quartiers pauvres. Certains d'entre eux sont même limitrophes de zones très favorisées.

Il a été démontré que la défavorisation sociale et économique est liée à une espérance de vie réduite et à des taux plus élevés de morbidité et de mortalité reliés à diverses causes. Nous sommes confrontés à plusieurs phénomènes, notamment les répercussions de la pauvreté sur la santé, la croissance du fardeau des maladies chroniques et les défis liés au vieillissement.

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET CONDITIONS DE VIE DES FAMILLES

Laval ne se démarque pas de l'ensemble du Québec quant à la proportion de familles ayant au moins un enfant âgé de moins de 18 ans (47 %). Elle compte toutefois un peu moins de familles monoparentales avec enfants (25 %) et de personnes vivant seules (10 %) que le Québec (28 % et 13 % respectivement).

Les femmes sont quatre fois plus souvent monoparentales que les hommes et sont aussi proportionnellement plus nombreuses à vivre seules (15 % des femmes et 11 % des hommes).

L'IMMIGRATION

En 2006, les personnes immigrantes composaient 20 % de la population de Laval, ce qui représente une hausse de 16 % comparativement à 2001. Cette proportion de personnes immigrantes est beaucoup plus élevée qu'au Québec, laquelle est de 12 %. Ces personnes immigrantes qui résident à Laval sont surtout nées en Europe (38 %), en Asie et au Moyen-Orient (30 %), en Afrique (12 %), ou dans les Antilles et les Bermudes (11 %). L'immigration en provenance de l'Afrique et de l'Amérique du Sud est en hausse.

LES LANGUES

En 2006, la proportion des Lavallois qui ont une langue maternelle autre que le français ou l'anglais s'établissait à 24 % : une augmentation de 8 % depuis 1996. Cela représente le double de celle de la province de Québec. Le français est la langue le plus souvent parlée à la maison chez 71 % des Lavallois. Cette proportion est de 81 % pour l'ensemble des Québécois. Près de 55 % des Lavallois ont une connaissance du français et de l'anglais comparativement à 41 % chez l'ensemble des Québécois.

LA SCOLARITÉ

Environ 18 % des Lavallois de 18 ans et plus (50 000 personnes) ne possèdent aucun diplôme ou certificat, alors que cette proportion est de 21 % pour le Québec. Le taux de chômage est légèrement inférieur à Laval en comparaison avec le Québec.

LE REVENU

Comparativement à l'ensemble des Québécois, moins de Lavallois sont prestataires de la sécurité du revenu ou vivent sous le seuil de faible revenu. On estime que le revenu personnel par habitant de Laval est supérieur à celui du Québec. Les femmes vivent plus souvent sous le seuil de faible revenu que les hommes (18 % des femmes et 13 % des hommes).

LES FACTEURS DE RISQUE LIÉS AUX HABITUDES DE VIE

Certaines habitudes de vie et comportements sont à la source de maladies et de complications, particulièrement de maladies chroniques et de maladies infectieuses. Ainsi, le tabagisme, une mauvaise alimentation et la sédentarité sont parmi les principaux facteurs de risque des maladies chroniques les plus mortelles, telles que les maladies de l'appareil circulatoire, du système respiratoire et les tumeurs.

Voici, en plus de détail, les facteurs de risque liés aux habitudes de vie :

- Tabagisme : 24 % des Lavallois de 15 ans et plus fument. Même si le taux est en baisse, les jeunes sont encore trop nombreux à fumer : 27 % des Lavallois âgés de 20 à 34 ans fumaient en 2007-2008;
- sédentarité : 56 % des Lavallois de 12 ans et plus ne font pas 30 minutes d'activité physique au moins trois fois par semaine, comme il est recommandé. Près de la moitié (49 %) des Lavallois de 20 à 64 ans ont un surplus de poids ou sont obèses.

Alimentation inadéquate : en 2007-2008, 48 % des Lavallois de 12 ans et plus ne consommaient pas cinq portions de fruits et légumes par jour. Plus précisément, 56 % des hommes et 41 % des femmes ne suivent pas cette recommandation.

Consommation excessive d'alcool : un Lavallois sur huit (12 %) consomme cinq verres ou plus d'alcool dans une journée, 12 fois ou plus au cours d'une année. La consommation excessive d'alcool touche davantage les hommes que les femmes.

La perception de l'état de santé est un autre indicateur qui permet de mesurer l'état de santé général. À Laval, la majorité de la population (61 %) se considère en excellente

ou en très bonne santé. C'est un peu plus que pour la population québécoise de 12 ans et plus, qui se situait à 59 % en 2007-2008.

LE DÉFI FACE AUX MALADIES CHRONIQUES

Le défi que posent les maladies chroniques s'accroît avec le vieillissement de la population, car leur prévalence augmente avec l'âge. On estime que 6 % de la population atteinte de plus d'une maladie chronique sont responsables de 33 % des coûts de soins de santé. La mortalité par cancer demeure préoccupante puisque les tumeurs sont à l'origine de 36 % des décès en 2007-2008 constitue maintenant la première cause de mortalité suivie des maladies de l'appareil circulatoire.

LA SANTÉ MENTALE

En 2007-2008, plus de deux Lavallois sur trois, âgés de 12 ans ou plus (77 %), affirment avoir une santé mentale excellente ou très bonne, alors que 3 % la considèrent passable ou mauvaise. En 2005-2006, on dénombrait 1 500 épisodes d'hospitalisation de courte durée pour troubles mentaux à Laval, excluant les démences, dont 89 pour tentative de suicide.

Le taux de suicide tend à diminuer, pour atteindre des valeurs inférieures à celles observées dans les années 1980, soit dix décès pour 100 000 personnes en 2007. Près de 75 % des suicides surviennent chez les hommes. Les taux de décès par suicide observés à Laval sont généralement plus bas que ceux observés au Québec.

Source : Plan d'action régional de santé publique 2008-2012 et bulletins Sélection -Santé Laval

LE RÉSEAU DE SERVICES

LES ÉTABLISSEMENTS

Le réseau lavallois de santé et de services sociaux compte notamment quatre établissements publics, six établissements privés conventionnés et cinq établissements privés non conventionnés.

Tableau 3. Établissements du réseau

	Nb de lits au permis	Mission
ÉTABLISSEMENTS PUBLICS		
Centre de santé et de services sociaux de Laval		
Hôpital de la Cité-de-la- Santé	452*	Soins hospitaliers généraux et spécialisés
Centre ambulatoire		Soins ambulatoires
CLSC des Mille-Îles		
CLSC du Marigot		Services de santé, psychosociaux et
CLSC du Ruisseau-Papineau		communautaires de première ligne
CLSC de Sainte-Rose		
Centre d'hébergement Fernand-Larocque	98	
Centre d'hébergement Idola- Saint-Jean	196	Services d'hébergement
Centre d'hébergement de La Pinière	100	et de soins
Centre d'hébergement Rose-de-Lima	96	de longue durée
Centre d'hébergement de Sainte-Dorothée	285	
Hôpital juif de réadaptation	132	Soins de réadaptation physique
CRDI Normand-Laramée	95**	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et TED
Centre jeunesse de Laval	269***	Services psychosociaux, communautaires et d'hébergement pour les jeunes
Centre Le Maillon		Réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes

* Plus de 38 lits en psychiatrie

** Places internes à la Résidence Louise-Vachon

*** Places internes dans les unités de vie et les foyers de groupe

	Nb de lits au permis	Mission
CHSLD PRIVÉS CONVENTIONNÉS		
Centre d'hébergement Champlain Saint-François	53	
CHSLD Saint-Jude	204	
CHSLD Vigi l'Orchidée blanche	128	Services d'hébergement et de soins de longue durée
Manoir Saint-Patrice	96	
Résidence Riviera	128	
Santé Courville de Laval	68	
CHSLD PRIVÉS NON CONVENTIONNÉS****		
Centre d'hébergement de la Rive	37	
Centre d'hébergement de la Villa-les-Tilleuls	19	Services d'hébergement et de soins de longue durée
Résidence du Bonheur	22	
Centre d'hébergement l'Éden de Laval	30	
Villa Val des Arbres	26	

**** Place en ententes de services avec le CSSS de Laval

Tableau 4. Nombre de ressources et de places en ressources non-institutionnelles

	Nb de ressources	Nb de places
TYPES DE RESSOURCES		
Ressources de type familial* (RTF)	146	300
Ressources intermédiaires*(RI)	93	646
Autres ressources non institutionnelles	4	118

*PPALV, Santé mentale, Déficience intellectuelle, Jeunesse, Déficience physique
Source : Agence de la santé et des services sociaux de Laval

LES EFFECTIFS PAR CATÉGORIE D'EMPLOI

Plus de 8 929 personnes oeuvrent dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux à Laval, excluant les médecins et dentistes rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec. On note une augmentation d'effectifs de l'ordre de 1,12 % par rapport à l'an passé. La majorité des effectifs travaillent au CSSS de Laval (67 %) et au Centre jeunesse de Laval (12 %).

Tableau 5. Effectifs du réseau au 31 mars 2010

	Non-cadre	Cadre	Total
ÉTABLISSEMENT			
CSSS de Laval	5 758	212	5 970
Centre jeunesse de Laval	965	77	1 042
Hôpital juif de réadaptation	536	31	567
CRDI Normand-Laramée	400	32	432
CHSLD Saint-Jude inc.	238	16	254
Résidence Riviera inc.	139	7	146
CHSLD Vigi l'Orchidée Blanche	128	6	134
Manoir Saint-Patrice inc.	114	7	121
ASSS de Laval	88	13	101
Santé Courville de Laval	95	4	99
Centre d'hébergement Champlain-Saint-François	62	1	63
TOTAL	**8 523**	**406**	**8 929**

LES EFFECTIFS MÉDICAUX

Le MSSS a amorcé des changements dans l'attribution des nouveaux effectifs médicaux en médecine spécialisée. Il souhaite établir les priorités de recrutement en adéquation avec le nombre prévu de nouveaux médecins par spécialité. L'objectif est d'atteindre l'autonomie régionale dans les spécialités de base, dans les spécialités régionales et dans les spécialités tertiaires (suprarégionales). À la suite de ces travaux émaneront des propositions, dont une révision du processus d'élaboration des PREM.

Par ailleurs, la Direction des affaires médicales et santé physique de l'Agence, en collaboration avec le chef de la Table de médecine spécialisée de la région et les directeurs des services professionnels, réalisera des travaux en vue d'établir une projection sur cinq ans visant à obtenir une distribution proportionnelle des futurs médecins spécialistes en fonction de la population du territoire.

Le niveau des plans d'effectifs médicaux (PEM) sera calibré en conséquence. Il en découlera de puissants leviers pour actualiser l'organisation des services privilégiée par les instances régionales, compte tenu des ressources humaines, matérielles et financières disponibles.

La cible 2009 du PREM en omnipratique de la région était de 13 postes, incluant les nouveaux médecins. Les cibles de recrutement ont été dépassées, notamment à plus de 85 % pour les postes de mobilité régionale. En 2009, la région de Laval a accueilli 20 médecins.

Tableau 6. Nombre de médecins omnipraticiens et spécialistes à Laval

	Omnipraticiens	Spécialistes
2005	304	204
2006	310	214
2007	313	221
2008	310	223
2009	321	239
2010	322	210

LES PARTENAIRES

LES GROUPES DE MÉDECINE DE FAMILLE (GMF)

Un groupe de médecine de famille (GMF) est un regroupement de médecins qui travaillent en étroite collaboration avec des infirmières dans un environnement favorisant la pratique de la médecine de famille auprès de personnes inscrites. La région de Laval en comptait huit en 2009-2010. Ainsi, la population obtient une amélioration de la prise en charge notamment par :

- Des heures étendues d'accessibilité à un médecin de famille;
- un médecin de famille plus disponible grâce au travail en groupe et au partage des activités avec les infirmières;
- un meilleur suivi médical des patients et la continuité des services grâce aux liens renforcés avec les autres professionnels du réseau de la santé et des services sociaux.

Tableau 7. Liste des GMF de la région

NOM DU GMF	Date d'accréditation	Nombre de médecins
GMF Carrefour médical	2008-04-29	13
GMF Centre médical Laval	2004-02-17	20
GMF Concorde	2004-03-15	26
GMF Fabreville	2007-02-07	10
GMF Médi-Centre Chomedey	2008-04-29	22
GMF Sainte-Dorothée	2006-01-10	17
GMF Sainte-Rose	2009-03-05	15
UMF Cité-de-la-Santé	2003-04-04	20

En date du 31 mars 2010, le nombre de personnes inscrites dans les GMF de Laval était de 112 523, ce qui représente une hausse de 22 % par rapport à l'exercice précédent. Le pourcentage de clientèle vulnérable inscrite est de 32 % et le nombre de Lavallois représente 59 % des inscriptions totales. Par ailleurs, 143 omnipraticiens collaborent à la prise en charge de la clientèle au sein de ce modèle.

En 2009-2010, deux cliniques médicales se sont jointes à deux GMF existants. La région de Laval possède donc huit GMF répartis sur onze sites. Ce réseautage entre cliniques correspond aux objectifs de développement de la première ligne soutenus par l'Agence.

Par ailleurs, le 15 juin 2009, le conseil d'administration de l'Agence de Laval a adopté le cadre de référence des GMF-réseau. Ce concept vise, notamment, la fusion des objectifs des modèles GMF et des cliniques-réseau, comme décrit ci-dessous :

- L'offre des services médicaux attendue des GMF est axée principalement sur la prise en charge des patients par les médecins du groupe en collaboration avec les infirmières;

- l'offre des services médicaux attendue des cliniques-réseau s'oriente vers une accessibilité accrue au sans rendez-vous ainsi que la liaison avec les services professionnels et diagnostiques du réseau local de service (RLS).

Ce modèle complémentaire vise les cibles d'accessibilité, de liaison et de prise en charge continue de la clientèle. Au cours de l'exercice 2010-2011, l'Agence de Laval vise le déploiement de deux GMF-réseau dans la région.

LES CLINIQUES MÉDICALES

Les médecins font partie intégrante du réseau de la santé et des services sociaux et sont l'une des portes d'entrée principales aux soins de première ligne. À Laval, omnipraticiens et spécialistes travaillent soit dans une polyclinique, un cabinet privé avec et sans rendez-vous ou en milieu hospitalier.

Outre les huit GMF, la région de Laval compte 17 cliniques médicales. On y retrouve aussi six cliniques médicales spécialisées (CMS) ayant obtenu leur premier permis d'exercice en 2009-2010 à la suite de l'adoption de la loi 33. Les CMS sont des centres médicaux effectuant des remplacements de la hanche ou des genoux, des extractions de la cataracte ou des traitements médicaux spécialisés déterminés par règlement du MSSS.

LES PHARMACIES

Parmi les partenaires du réseau, la région de Laval compte 75 pharmacies communautaires, c'est-à-dire des pharmacies qui offrent directement leurs services à la population. Ces pharmacies peuvent être situées dans des magasins à succursales ou dans des supermarchés, ou encore appartenir à un ou plusieurs pharmaciens indépendants.

Divers services y sont offerts : produits et services visant la santé de la population (médicaments, prise de pression artérielle, etc.); livraison des ordonnances médicales; éducation sur la médication avec ou sans ordonnance; diffusion de documents d'information sur divers problèmes de santé et programmes communautaires.

LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES ET AUTRES OSBL EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

L'Agence de Laval reconnaît l'apport essentiel des organismes communautaires à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population lavalloise. L'engagement de la région envers les organismes communautaires est inscrit au cadre de référence régional *L'action communautaire, une contribution essentielle à la santé et au bien-être de la population lavalloise*, adopté en février 2007.

Cette année, un portrait régional a été réalisé et visait à documenter la contribution des organismes communautaires oeuvrant en santé et services sociaux à Laval. À cet effet, l'ensemble des organismes communautaires a été interpellé. En suivi à ce portrait, plusieurs défis et pistes d'action ont été énoncés. Les perspectives 2010-2011 seront notamment de travailler ensemble sur les défis et les pistes d'action. En voici quelques-uns :

DÉFIS	PISTES D'ACTION
Consolider la mission globale et les activités des groupes. Le manque de financement, le recrutement des bénévoles et la rétention du personnel sont des éléments importants.	Investir dans les organismes communautaires afin d'assurer un financement récurrent à la mission globale.
Joindre les clientèles les plus vulnérables.	Faire connaître les organismes communautaires et les services offerts.
Maintenir ou développer des partenariats (réseautage).	Améliorer les liens intersectoriels.
Reconnaissance mutuelle des acteurs qui offrent des services en santé et services sociaux.	Travailler ensemble sur des mandats conjoints.

En 2009-2010, l'Agence de Laval a subventionné 86 organismes communautaires pour un budget total de 16 329 682 $ incluant 1 962 758 $ octroyés à 11 organismes sans but lucratif (OSBL) en santé et services sociaux.

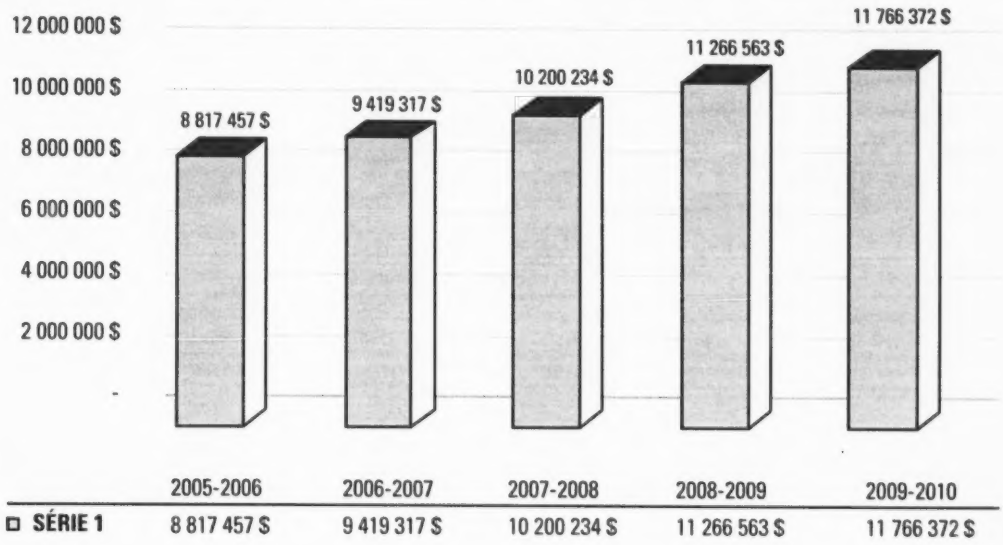
Tableau 8. Exercice 2009-2010 - Financement total des organismes communautaires selon les modes de financement

MISSION GLOBALE (INCLUANT PALV)	ENTENTE DE SERVICE	ENTENTE PARTICULIÈRE	PROJET PONCTUEL ET DÉPANNAGE	TOTAL
	3 009 922 $	504 084 $		
11 766 372 $	3 514 006 $		1 049 304 $	16 329 682 $

Le financement, en appui à la mission globale, prend la forme d'une subvention de base destinée à la mise en place ou à la consolidation de l'infrastructure d'un organisme communautaire afin qu'il puisse réaliser ses objectifs de santé et de services sociaux. La subvention comprend :

- Une partie destinée, en tout ou en partie, à l'infrastructure (ex. : loyer, administration, secrétariat, transport, communications, équipements adaptés, etc.);
- une partie destinée, en tout ou en partie, à l'accomplissement de la mission (ex. : salaires associés au fonctionnement et aux services de l'organisme, frais liés à l'organisation des services et des activités éducatives, concertation, représentation, mobilisation et vie associative).

Graphique 1. Évolution du financement en appui à la mission globale aux organismes communautaires (incluant PALV)



Les détails des subventions récurrentes aux organismes communautaires se trouvent à l'annexe 3.

LE COMITÉ RÉGIONAL SUR LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES (CROC)

Le CROC a pour mandat d'assurer la mise en application du cadre de référence régional « L'action communautaire, une contribution essentielle à la santé et au bien-être de la population lavalloise ». Il donne également aux instances décisionnelles son avis sur les principaux éléments composant le développement communautaire dans le champ de la santé et des services sociaux.

Il propose les orientations stratégiques ainsi que des mesures opérationnelles assurant notamment une cohérence satisfaisante de l'action des organismes communautaires en regard des priorités régionales, d'une réponse adéquate aux besoins de la population, des besoins exprimés par les membres des organismes communautaires et d'une meilleure continuité dans leurs interventions en lien avec le développement communautaire.

Liste des membres du CROC :

- M. Denis Blanchard
  Représentant de la Direction des affaires réseau, Agence de Laval
- M. Alain Carrier
  Représentant de la Direction de santé publique, Agence de Laval
- Mme Jacynthe Couture
  Représentante des établissements régionaux
- Mme Francyne Doré
  Représentante de la CDC de Laval
- Mme Diane Filiatrault
  Représentante du CSSS de Laval
- Mme Lucie Gingras
  Représentante de la CDC de Laval
- Mme Manon Massé
  Représentante de la CDC de Laval
- Mme Manon Rousseau
  Représentante de la CDC de Laval

Les membres du CROC se sont réunis à cinq reprises et les principales questions traitées sont les suivantes :

- Les recommandations concernant les subventions octroyées par l'Agence aux organismes communautaires;
- la recherche de solutions aux problématiques particulières ou d'urgence concernant les organismes communautaires;
- les conditions facilitant le développement d'initiatives intersectorielles avec les partenaires régionaux;
- les suivis et les consultations des travaux du MSSS tels que la reddition de comptes, le rapport du Vérificateur général du Québec ainsi que le comité de valorisation et la consolidation de l'action communautaire;
- la mobilisation des organismes communautaires dans la lutte à la pandémie de grippe A (H1N1).

LE BILAN DES DIRECTIONS

LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

MOT DE LA DIRECTRICE

La Direction de santé publique (DSP) s'est investie au cours de l'année dans plusieurs actions visant à protéger et améliorer la santé des Lavallois. La lutte à la pandémie de grippe A (H1N1) arrive en tête des activités-phares. L'équipe des maladies infectieuses a notamment enquêté des cas de grippe et a mis en place les mesures de protection pour le personnel soignant. Elle a aussi aidé à organiser la vaccination de masse auprès de la population et a suivi les effets secondaires liés à la vaccination. Les autres membres de la DSP ont prêté main-forte dans les centres de vaccination et ont épaulé des collègues surchargés en vue de maintenir les activités courantes de santé publique. La campagne de vaccination a joint 56 % de la population lavalloise. Elle a été particulièrement réussie auprès des élèves du primaire puisque 76 % ont été vaccinés, contre 72 % au Québec dans son ensemble.

Dans le cadre de son mandat de surveillance de l'état de santé, la DSP s'est penchée sur le vieillissement. Laval compte 55 000 (2008) personnes âgées de 65 ans et plus, soit 14 % de sa population, dont près de la moitié ont plus de 75 ans. La DSP a ainsi tenu en juin 2009, en collaboration avec ses partenaires, un colloque régional sur le vieillissement. Ensemble, les quelque 300 participants ont réfléchi aux mesures à mettre en place pour favoriser l'autonomie chez les aînés. Au printemps 2010, la publication du premier rapport de la directrice de santé publique, dont le thème est le vieillissement, est venue renchérir les actions de prévention visant à optimiser la qualité de vie des aînés.

La DSP a également déposé un mémoire sur la pauvreté à Laval. Les inégalités sociales sont d'autant plus manifestes que les quartiers pauvres avoisinent souvent des secteurs très favorisés. Le mémoire propose cinq recommandations qui misent sur l'une des forces de la région : l'intervention conjointe d'un réseau de partenaires de différents secteurs.

Par ailleurs, les retombées de l'Entente de partenariat pour de saines habitudes de vie, signée en février 2009, sont déjà apparentes. Des regroupements locaux soutenus au départ par « Québec en Forme» ont vu le jour dans trois des six secteurs et nous travaillons avec la Ville de Laval pour améliorer l'offre alimentaire dans les arénas.

PERSPECTIVES

Se profile à l'horizon un deuxième colloque régional, celui-ci portant sur la santé mentale, prévu en 2011. On poursuivra également le travail sur les saines habitudes de vie : deux autres secteurs devraient se prévaloir de l'appui de « Québec en Forme » pour se mobiliser. À l'intention des élèves du secondaire, on lancera dans deux écoles secondaires un projet pilote d'éducation sexuelle, avec un volet destiné aux parents, en vue de prévenir les infections transmissibles sexuellement et par le sang chez les jeunes.

Toujours dans le domaine scolaire, on compte ratifier, au cours du prochain exercice, l'Entente sur la persévérance scolaire, en partenariat avec la Conférence régionale des élus de Laval (CRÉ de Laval), le Forum jeunesse et le réseau scolaire. L'objectif est de contrer le décrochage scolaire. Présentement, 30 % des garçons et 20 % des filles des écoles secondaires publiques de Laval quittent l'école avant d'obtenir leur diplôme. Alors que nous entamons l'exercice 2010-2011, notre cheval de bataille demeure donc l'application des mesures prévues au Plan d'action régional de santé publique.

Dre Nicole Damestoy
Directrice de santé publique

DES ACTIONS PLUS QUE JAMAIS SIMPLES, UTILES ET CONCRÈTES

Encore cette année, la DSP a réalisé de nombreuses actions visant à protéger et améliorer la santé des Lavallois. Sa contribution dans le cadre de la lutte contre la pandémie de grippe A (H1N1) a notamment demandé une grande implication de la part des membres de son personnel et des médecins.

ACTIONS STRATÉGIQUES DE LA DIRECTION

- **Mobilisation pour répondre à la pandémie de grippe A (H1N1)**
  Dès le mois de mai 2009, la DSP de Laval a déployé ses mesures d'urgence pour lutter contre la pandémie de grippe A (H1N1). Si une grande partie des activités de la DSP ont été menées de front par l'équipe des maladies infectieuses, plusieurs membres du personnel de la DSP ont participé à ce grand exercice de solidarité.

  Certains ont notamment contribué à soutenir le CSSS de Laval en oeuvrant dans les centres de vaccination de masse pour l'accueil de la population, la remise de bracelets, l'accompagnement des personnes, l'inscription de données, etc. D'autres ont soutenu des collègues à l'interne pour répondre à une surcharge de travail ou contribuer à maintenir des activités dans un contexte difficile. En ce sens, Dre Nicole Damestoy, directrice de santé publique, tient à souligner le travail exceptionnel réalisé par l'ensemble du personnel de la DSP.

- **Un premier rapport de la directrice**
  Les travaux du premier rapport de la directrice de santé publique ont été complétés cette année. Ce dernier porte sur l'état du vieillissement démographique de la population lavalloise et les déterminants du maintien d'un vieillissement actif et engagé. Un sujet d'importance dans la mesure où, d'ici 2016, le nombre d'aînés lavallois dépassera celui des mineurs. La proportion des personnes âgées de 65 ans et plus passera de 45 500 en 2001, à plus de 70 400 personnes en 2016. Un profil exhaustif de l'état de santé des aînés lavallois accompagne également ce rapport.

  Diffusé au printemps 2010, ce rapport propose 14 recommandations aux intervenants lavallois du réseau de la santé et des services sociaux, ainsi qu'aux partenaires des milieux municipal, sociocommunautaire et corporatif. Les deux documents se veulent, en outre, des outils stratégiques pour soutenir la planification du CSSS de Laval et du réseau de services intégrés (RSI) de la région.

- **Colloque régional sur le vieillissement**
  C'est le 3 juin 2009 que la DSP, en partenariat avec le CSSS de Laval, la Ville de Laval ainsi que la CRÉ de Laval, a tenu un colloque sur le vieillissement démographique de la région. En lien direct avec la production du rapport de la directrice de santé publique sur le vieillissement, cet événement a rassemblé près de 300 intervenants préoccupés par le sujet et visait à lancer une réflexion sur les mesures à prendre pour favoriser un vieillissement actif et autonome. Ce colloque s'adressait tant aux intervenants du réseau de la santé et des services sociaux qu'aux organismes communautaires, au milieu municipal et aux entreprises privées.

- **Dépôt d'un mémoire sur la pauvreté à Laval**
  Intitulé *La pauvreté à Laval – Au-delà des apparences*, ce mémoire a été présenté dans le cadre de la consultation régionale *Les rendez-vous de la solidarité 2009*, en décembre 2009. Il trace les caractéristiques de la pauvreté et de l'exclusion sociale à Laval, en plus d'aborder leurs conséquences sur la santé et le bien-être de la population. Ce mémoire présente aussi des recommandations ciblant la réduction des iniquités en matière de santé et la réduction des inégalités sociales qui y sont formulées. À la suite de son dépôt, plusieurs présentations du mémoire ont été réalisées afin d'engager la discussion avec les principaux partenaires.

- **Enseignement : accueil de stagiaires**
  Afin de contribuer à l'enseignement auprès de la relève en santé publique, la DSP accueille des stagiaires chaque année. En 2009-2010, la DSP a participé à la formation d'étudiants en médecine (4e année) et a offert des stages pour des médecins en spécialisation de santé communautaire (2e et 5e année). Ces étudiants provenaient de l'Université de Montréal et de l'Université McGill.

LE FONDEMENT DE NOS ACTIONS

SURVEILLANCE DE L'ÉTAT DE SANTÉ

La surveillance de l'état de santé des Lavallois constitue un levier significatif pour déterminer les besoins de la population, prévoir les tendances démographiques et

sanitaires ainsi que les problèmes en émergence. L'équipe Surveillance et évaluation de la DSP a produit, cette année, plusieurs documents en ce sens pour soutenir le réseau.

- **Production de 11 portraits de santé**
  Onze portraits de santé ont été produits à l'intention des intervenants de la santé et de la population. Plusieurs de ces portraits visaient à soutenir les travaux d'élaboration du projet clinique du CSSS de Laval. L'un d'entre eux visait à soutenir une démarche de planification de services concernant la population qui habite la partie ouest de la région de Laval.

  - Portrait Comité d'orientation et de concertation du RSI respiratoire – Avril 2009
  - Portrait Diabète – Avril 2009
  - Portrait Ouest de Laval – Avril 2009
  - Portrait Maladies respiratoires 2009 – Avril 2009
  - Portrait sur le cancer – Avril 2009
  - Portrait sur la déficience intellectuelle et les troubles envahissants du développement – Avril 2009
  - Portrait Violence conjugale et agression sexuelle à Laval – Mai 2009
  - Portrait général – Juin 2009
  - Portrait Déficience physique – Juillet 2009
  - Portrait Maladies cardiovasculaires 2009 – Décembre 2009
  - Portrait sociosanitaire de Laval – Mars 2010

- **Production d'un premier profil thématique**
  L'application du plan régional de surveillance de l'état de santé et de ses déterminants s'est concrétisée en 2009-2010 par la production du premier profil thématique. Celui-ci, portant sur l'état du vieillissement de la population dans la région de Laval, a lancé les jalons du rapport de la directrice sur ce sujet. Des travaux sont actuellement en cours pour la réalisation de trois autres profils thématiques. Ceux-ci porteront sur les caractéristiques démographiques, culturelles et économiques de la région, sur la santé mentale des Lavallois ainsi que sur la notion de sécurité.

- **Deux démarches évaluatives amorcées**
  La DSP a entamé deux démarches évaluatives portant sur l'implantation de mesures régionales. L'un des projets évalue un service de suivi étroit de personnes à potentiel suicidaire élevé – un service financé par la DSP, implanté par le CSSS de Laval et l'organisme communautaire l'Îlot, service régional de crise, en collaboration avec l'organisme Carrefour d'hommes en changement (CHOC). L'autre évaluation concerne un projet en éducation sexuelle, volet parents, pour les jeunes du secondaire. Ces deux évaluations se font en collaboration avec des professionnels de l'équipe de promotion et prévention.

- **Dix numéros du bulletin Sélections-Santé Laval**
  Dix numéros ont été diffusés en 2009-2010, sur des sujets en lien avec les recherches effectuées par la DSP ou des sujets d'intérêt, comme la démographie du territoire et les conditions de vie. Cet outil de vulgarisation visant à faire connaître l'état de santé des Lavallois est diffusé auprès des médecins, des groupes de médecine familiale, des professionnels de la santé et des services sociaux, de même qu'aux intervenants de plusieurs milieux de la communauté lavalloise.

Tableau 9. Liste des bulletins Sélections – Santé Laval

Volume 6	
N° 4 – Avril 2009	*Les agressions sexuelles à Laval*
N° 5 – Mai 2009	*L'évolution du diabète à Laval*
N° 6 – Juin 2009	*La santé des nouveau-nés et la défavorisation sur le territoire de Laval*
N° 7 – Sept. 2009	*Les projections démographiques*
N° 8 – Oct. 2009	*Les différences entre les hommes et les femmes à Laval quant à leur santé et leur bien-être*
N° 9 – Nov. 2009	*La santé du cœur à Laval*
N° 10 – Déc. 2009	*Les hospitalisations dans la couronne nord*
Volume 7	
N° 1 – Janvier 2010	*Les tours d'habitation et la migration interrégionale à Laval*
N° 2 – Février 2010	*Les Lavalloises : moins fortunées, mais un peu plus scolarisées*
N° 3 – Mars 2010	*Les grands défis populationnels de Laval : croissance démographique, vieillissement, immigration et rétention des clientèles*

PROTECTION DE LA SANTÉ

LES MALADIES INFECTIEUSES

Vigie sanitaire : la pandémie génère près de deux fois plus d'activités

La DSP a répondu à 3 313 signalements, soit 1 162 de plus que l'an dernier. Cette hausse est surtout liée à la pandémie de grippe A (H1N1) avec la surveillance active des cas confirmés (758 signalements) et le rehaussement de la surveillance des effets secondaires aux produits immunisants, lors de la campagne de vaccination de masse (411 signalements). Dans la mesure où 216 276 Lavallois ont été vaccinés contre la grippe A (H1N1), l'augmentation de nos activités est conforme aux prévisions.

La DSP est de plus intervenue dans le cadre de 64 éclosions dans différents milieux, dont des écoles, des garderies et des milieux de soins. Mentionnons également qu'en plus des signalements, le service clinique de la DSP, disponible à l'année 24 heures par jour, 7 jours par semaine, a reçu 1 011 appels téléphoniques de professionnels de la région, majoritairement pour des demandes d'information sur l'immunisation et l'influenza.

Grippe A (H1N1) : des actions stratégiques pour soutenir le réseau lavallois

Au-delà des activités de vigie en lien avec la pandémie, la DSP a également effectué de nombreuses formations sur le sujet, en plus de rédiger et de diffuser des documents d'information. Parmi ces actions, mentionnons notamment :

- Soutien aux établissements régionaux tout au long de la pandémie pour la mise en place des mesures de santé publique (ordonnance collective, prévention et contrôle des infections, antiviraux, etc.);
- diffusion d'états de situation épidémiologique aux partenaires lavallois concernés, de façon quotidienne ou hebdomadaire, selon l'intensité de l'activité grippale;
- diffusion de 23 communications aux médecins de Laval pour les informer des suivis et des recommandations en regard de la pandémie;
- présentations de l'information sur la situation épidémiologique et la vaccination, notamment aux omnipraticiens de la région, aux pharmaciens, aux organismes communautaires lavallois et au personnel de la section sécurité civile de la Ville de Laval.

- formations données aux omnipraticiens lavallois ainsi qu'aux travailleurs de la santé du CSSS de Laval, y compris aux infirmières responsables de la vaccination;
- interventions auprès des responsables des sites de vaccination de masse, entre autres, afin d'assurer une bonne gestion des produits immunisants et une utilisation efficiente du fichier de vaccination;
- suivi quotidien de la couverture vaccinale de la population lavalloise.

Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) : des centaines de Lavallois rejoints

Les ITSS sont en augmentation à Laval, comme dans plusieurs régions du Québec. Dans le cadre du programme d'intervention préventive auprès des personnes atteintes d'une infection transmissible sexuellement et leurs partenaires (IPPAP), plus de 400 Lavallois ont été rejoints. Il s'agit pour la DSP d'un investissement signifiant car, lors des enquêtes épidémiologiques, de l'enseignement est donné aux personnes infectées.

Activités intensives de suivi et de formation en immunisation

Au cours de l'année, la DSP a poursuivi ses démarches auprès des partenaires régionaux visant une organisation efficiente des services de vaccination, entre autres, par :

- La surveillance des indicateurs de gestion concernant les retards de vaccination des enfants âgés de 2 mois à 1 an;
- l'évaluation de l'introduction du programme de vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) chez les filles de niveau 4e année du primaire et celles de 3e secondaire;
- la participation à l'organisation de la vaccination contre l'influenza saisonnière;
- l'offre de différentes formations, notamment sur la nouvelle édition du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ) aux médecins et infirmières de la région, ainsi que sur la saisie de données statistiques pour la couverture vaccinale en milieu scolaire aux infirmières oeuvrant dans les écoles.

Nouveauté : un dépliant sur la prévention de la gastro-entérite

La région de Laval a enregistré cette année 22 éclosions de gastro-entérite d'allure virale dans différents établissements. Comme ce genre d'éclosion se présente bon an mal an, la DSP a produit un dépliant visant la prévention de cette infection. Plusieurs exemplaires ont été distribués dans le réseau lavallois, dont les écoles, les cliniques médicales sans rendez-vous et les tours d'habitations pour personnes âgées.

Production de trois bulletins Mission Prévention Possible

La DSP a produit trois numéros du bulletin *Mission Prévention Possible*, destiné aux médecins de la région. Ces numéros ont abordé les thèmes de l'immunisation et de la santé des voyageurs, le bilan annuel des maladies à déclaration obligatoire (MADO) infectieuses et chimiques à Laval ainsi que de la tuberculose.

LA SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Vigie sanitaire : plus d'une cinquantaine de signalements

En ce qui concerne les menaces à la santé d'origine environnementale, la DSP a enquêté sur 62 signalements, liés entre autres à l'eau potable, à la qualité de l'air et à des MADO chimiques. Le service clinique de la DSP est disponible à l'année, 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

Un plan de mobilisation pour les urgences environnementales

En 2009, un plan de mobilisation de la DSP a été adopté pour les urgences environnementales, ainsi que les outils s'y rattachant. Constamment mis à jour, ce plan, qui présente la qualité de se superposer à toute situation d'urgence, a d'ailleurs été mis en application dans le cadre de la pandémie de grippe A (H1N1). Une simulation interne a également eu lieu afin de tester divers outils mis à la disposition des médecins de garde.

Qualité de l'air et de l'eau : informer pour protéger la santé

La DSP a procédé à différentes activités de communication pour informer la population de certains risques pour la santé en lien avec la qualité de l'air et de l'eau, notamment par le biais de son site Internet, de communiqués repris par des médias locaux et des publications municipales. Les sujets abordés touchaient le monoxyde de carbone, les puits privés, les inondations, l'herbe à poux, la chaleur accablante et le smog.

LA SANTÉ AU TRAVAIL

Contribution à une étude sur les troubles musculo-squelettiques (TMS)

En plus des travaux en lien avec ses engagements envers la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), qui font l'objet d'un bilan séparé, la DSP a participé à un groupe de travail conjoint, impliquant notamment l'Institut national de santé publique du

Québec (INSPQ), pour mener des travaux sur les troubles-musculo-squelettiques (TMS) dans le domaine de la santé au travail. Ces travaux serviront à réaliser un portrait national des TMS, tout en offrant un cadre pour la production de portraits régionaux. Ce partage d'expertise favorisera la production d'une information utile, pertinente et cohérente sur les TMS pour chacune des régions du Québec.

PROMOTION ET PRÉVENTION DE LA SANTÉ

LES SAINES HABITUDES DE VIE

Une entente régionale stratégique sur les saines habitudes de vie

La DSP, le CSSS de Laval et la CRÉ de Laval ont réuni dans une entente unique les acteurs influents de la région pour créer un comité de gestion sur les saines habitudes de vie à Laval. Ce comité a pour objectif d'assurer une cohérence dans la mise en oeuvre des projets favorisant l'amélioration de la santé par l'adoption et le maintien de saines habitudes de vie. La signature d'une telle entente régionale est une première au Québec. De nombreux projets découlant de cette entente sont déjà en cours de réalisation dans la région. Parmi ceux-ci, mentionnons le soutien à la mise en place des plans d'action des regroupements locaux de partenaires, avec l'organisme *Québec en Forme*, dans trois des six secteurs de la région de Laval.

Cessation tabagique : des services à l'hôpital

Avec le soutien de la DSP, un service de cessation tabagique en milieu hospitalier a été mis en place à l'hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval pour aider les personnes qui, pour des raisons de santé et de traitement, doivent cesser de fumer dès leur hospitalisation.

Ville de Laval : offre d'aliments sains dans les lieux publics

Conséquence directe du déploiement du programme 0-5-30, la Ville de Laval a approuvé, en janvier dernier, un cadre balisant l'offre alimentaire dans les établissements municipaux publics de Laval, élaboré en collaboration avec la DSP. Il a par ailleurs été convenu que la DSP poursuivra son implication auprès de la Ville de Laval en soutenant l'application de ces lignes directrices dans les arénas et les parcs municipaux.

Un programme Amélioration de l'alimentation en CHSLD

La DSP a collaboré à la mise en place du programme *Amélioration de l'alimentation en CHSLD* dans les centres d'hébergement publics et privés conventionnés de la région avec son expertise en nutrition. Sous la responsabilité de la Direction des affaires réseau de l'Agence, ce programme permettra, d'ici 2012, le développement d'initiatives visant à améliorer l'alimentation de la clientèle hébergée en CHSLD, en cohérence avec les orientations définies dans le cadre de référence *Miser sur une saine alimentation : une question de qualité*. Un premier appel de propositions de projets, à l'automne dernier, a permis le financement de six projets, dont l'un à portée régionale.

LE DÉVELOPPEMENT, L'ADAPTATION ET L'INTÉGRATION SOCIALE

Campagne promotionnelle de la santé buccodentaire

À l'occasion du mois de la santé buccodentaire, en avril 2009, la DSP a tenu une campagne promotionnelle rappelant l'importance de la santé des dents et de la bouche. Celle-ci joue en effet un rôle essentiel dans l'état de santé général d'une personne. En plus d'actions de relations de presse dans les médias locaux et les bulletins internes des établissements du réseau de santé lavallois, une dizaine de capsules d'information ont été développées et diffusées auprès de différents partenaires ainsi que sur le site Internet de la DSP.

Implantation du programme Bonne Boîte Bonne Bouffe

Afin de faciliter aux Lavallois plus vulnérables l'accessibilité économique et physique à des fruits et légumes frais, de première qualité et à prix abordable, la DSP a collaboré à la mise en place du programme *Bonne Boîte Bonne Bouffe*, piloté par le Centre de bénévolat de Laval, avec la participation de Centraide du Grand-Montréal. En moins d'un an, ce programme novateur a permis la distribution de près de 1 500 boîtes et compte déjà 14 points de distribution à Laval.

L'approche École en santé : encore plus d'écoles

Pas moins de 22 000 élèves lavallois fréquentent maintenant une institution scolaire privilégiant l'approche École en santé, ce qui représente 52 % des écoles publiques de la région. En 2009-2010, le nombre d'écoles participantes est passé de 36 à 43, ce qui correspond aux objectifs de développement de la DSP. Les écoles implantant cette approche peuvent compter sur la présence d'une infirmière et, dans le cas d'écoles avec un indice de défavorisation élevée, d'un intervenant psychosocial.

Lutte aux ITSS : campagne, dépistage, formation et projets pilotes

- Campagne sur la chlamydia
  À Laval, comme au Québec, on constate une augmentation du nombre d'infections par la chlamydia chez les jeunes âgés de 15 à 29 ans. Pour lutter contre cette infection transmissible sexuellement et ayant des conséquences nuisibles pour la santé, une campagne intitulée « Je passe le test » s'est tenue dans près d'une dizaine de centres de formation professionnelle et d'éducation aux adultes de Laval, ainsi qu'au Collège Montmorency. Les étudiants ont pu tester leurs connaissances et 121 d'entre eux ont accepté de passer gratuitement un test de dépistage de la chlamydia dans un kiosque animé par une infirmière et une sexologue. Les étudiants ayant reçu un résultat positif ont été contactés, de manière confidentielle, et orientés vers un médecin pour un traitement.

- Un meilleur suivi des cas dépistés
  Conjointement avec la DSP des Laurentides, la DSP de Laval a organisé deux journées de formation pour les infirmières en CSSS responsables du suivi des personnes testées positivement à la suite d'un dépistage ou d'un diagnostic d'ITSS.

- Plus de 10 000 seringues distribuées
  Par l'entremise du CSSS de Laval et des organismes communautaires participant au programme d'accès au matériel de protection des ITSS, 11 392 seringues ont été distribuées cette année aux utilisateurs de drogues par injection. Différentes formations ont aussi été données aux partenaires régionaux concernant les programmes d'accès au matériel de protection (échange de seringues, condoms, etc.). Une quinzaine de professionnels et d'intervenants communautaires ont reçu une formation sur l'injection à risques réduits et les infections des tissus mous.

- Projets pilotes sur l'éducation sexuelle
  En collaboration avec le réseau scolaire, le milieu communautaire et le CSSS de Laval, l'implantation des projets pilotes en lien avec l'éducation sexuelle a débuté dans deux écoles secondaires de la région, soit les écoles Leblanc et Mont-de-la-Salle. Parmi les actions en cours, mentionnons notamment, pour le 2e secondaire, une animation en classe tirée du programme de prévention de la violence dans les relations amoureuses des jeunes (VIRAJ); pour le 3e secondaire, des activités du programme « Clique sur toi! », concernant la prévention des agressions sexuelles; pour le 4e secondaire, une intervention sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS).

- Violence chez les jeunes
  Deux journées de formation, d'abord pour le programme VIRAJ et ensuite pour le programme de prévention et de promotion traitant de la violence dans les relations amoureuses et du harcèlement sexuel auprès des jeunes (PASSAJ) de 16 à 17 ans, ont été offertes aux infirmières scolaires, aux intervenants psychosociaux du secteur de la santé et des services sociaux ainsi qu'aux intervenants scolaires. Ces formations s'inscrivaient dans le cadre des projets pilotes – en lien avec l'éducation sexuelle – déployés dans deux écoles secondaires de Laval.

- Travaux conjoints Laval-Laurentides-Lanaudière
  Une collaboration a été amorcée entre les DSP de Laval, des Laurentides et de Lanaudière, ainsi qu'avec le regroupement des conseillers pédagogiques du cours de science et technologie de ces trois régions. Ces travaux visent à soutenir les conseillers pédagogiques dans les situations d'apprentissage et d'évaluation qu'ils conçoivent en lien avec les ITSS et la reproduction.

Formation : des centaines d'heures investies pour soutenir les partenaires

En cours d'année, la DSP a développé ou collaboré à différentes formations en matière de développement, d'adaptation et d'intégration sociale. Voici quelques-unes de ces activités :

- Sécurité alimentaire
  Le Comité d'action en sécurité alimentaire de Laval (CASAL), en collaboration avec une nutritionniste de la DSP et une animatrice de l'Association coopérative d'économie familiale (ACEF) de l'Île-Jésus, a élaboré et offert une formation intitulée « Bien manger sans se ruiner! » Celle-ci visait à outiller les intervenants communautaires afin qu'ils puissent soutenir leur clientèle de 17 à 30 ans dans le développement d'habiletés et de connaissances favorisant la sécurité alimentaire, dont l'adoption de pratiques judicieuses dans la planification des achats, des choix et de l'utilisation des aliments. Cette demi-journée de formation a accueilli 18 participants provenant de 12 organismes différents.

- Hygiène et salubrité
  Afin d'aider les organismes communautaires lavallois du secteur de l'aide alimentaire à se conformer à un nouveau règlement sur les aliments, la DSP a offert aux gestionnaires responsables du contrôle de l'hygiène et de la salubrité, une formation sur ce sujet. Le Centre d'expertise bioalimentaire de Laval (CEBA) a collaboré à cette formation en offrant les services d'une formatrice accréditée du Département de techniques diététiques du Collège Montmorency. À la suite des deux jours de formation, 37 personnes provenant de 28 différents organismes ont reçu leur attestation du ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ).

- Jeunesse
  Quatre journées de formation ont été offertes aux intervenants d'organismes communautaires (famille) de la région et aux intervenants du CSSS de Laval en lien avec le programme *Parents d'ados... une traversée,* qui s'adresse aux parents d'adolescents.

LA CONTRIBUTION DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

L'Agence reconnaît et finance 11 organismes qui déploient différents services et activités en lien avec le programme-services Santé publique tels que : intervention auprès des jeunes parents et en périnatalité, activités de prévention de la toxicomanie, du VIH/SIDA et des ITSS, interventions auprès des personnes démunies principalement en sécurité alimentaire. De plus, plusieurs activités liées au programme-services Santé publique sont réalisées par des organismes communautaires faisant partie d'autres programmes-services.

Voici le nombre de personnes jointes par les activités individuelles et les activités de groupe des organismes :

- Trois organismes offrant des services aux personnes démunies (Association amicale des jeunes & parents Agape inc., L'Entraide Pont-Viau et Laval-des-Rapides inc. et Le relais communautaire de Laval):
  8 648 personnes rejointes;
- cinq organismes familles intervenant auprès des jeunes parents et en périnatalité (Au Jardin de la famille de Fabreville inc., Enfant d'abord, La Parentèle de Laval, Maison de la famille de St-François et Le Relais familial d'Auteuil) : 3 729 personnes rejointes;
- un organisme intervenant en aide à l'allaitement (Nourri-Source Laval) : 8 300 rencontres (plusieurs mamans reviennent à toutes les semaines pendant plusieurs mois);
- un organisme intervenant en prévention au VIH/SIDA et aux ITSS et en soutien des personnes atteintes (Sida-Vie Laval) : 188 personnes rejointes;
- un organisme d'hébergement pour personnes atteintes du VIH/SIDA (Maison Dominique) : 12 personnes rejointes.

De plus, l'Agence finance des projets ponctuels et / ou des ententes de services avec des organismes dans la catégorie « Autres organismes en santé et services sociaux » :

- Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs (AQEPA)
- Groupe Promo-Santé de Laval
- Regroupement des centres de la petite enfance de Laval

LA DIRECTION DES AFFAIRES MÉDICALES ET SANTÉ PHYSIQUE

MOT DU DIRECTEUR

L'exercice 2009-2010 marque un changement à la tête de la Direction des affaires médicales et santé physique à la suite de mon entrée en fonction en décembre 2009. Il y aura d'ailleurs, au cours du prochain exercice, une consolidation de l'équipe avec l'arrivée d'une directrice adjointe.

L'accès à un médecin de famille et aux spécialistes, l'accès aux plateaux techniques ainsi que l'engorgement de l'urgence de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé demeurent des préoccupations de tous les instants. En vue d'avoir un portrait juste de la situation de l'organisation des soins médicaux à Laval, la Direction travaille actuellement à l'élaboration des plans régionaux d'organisation de services tant en médecine familiale qu'en médecine spécialisée. Cet exercice, mené simultanément, permettra également d'optimiser les liens entre les soins de première et de deuxième ligne.

Pour améliorer la situation, plusieurs solutions ont été proposées, dont un modèle novateur d'organisation de soins de première ligne : le GMF-réseau. En effet, les médecins de famille oeuvrant en cabinet vont être invités à se joindre à l'un des huit groupes de médecine de famille (GMF) existants sur notre territoire pour créer un réseau de cliniques. Un premier GMF-réseau sera créé durant l'année 2010 et on prévoit en créer sept autres d'ici cinq ans. L'avantage principal de ce réseautage est le partage de l'expertise de travail, développée dans nos GMF, en interdisciplinarité entre médecins, infirmières et autres professionnels.

Le recrutement d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) offrant des services de soins de première ligne est une autre de nos stratégies visant l'amélioration de l'accès aux services. Cette nouvelle profession au Québec a fait ses preuves ailleurs au Canada et dans le monde. Laval compte pour l'instant deux IPS. D'ici juillet 2010, on prévoit l'entrée en poste de trois autres IPS et de 15 d'ici 2015.

Un autre grand dossier est celui des maladies chroniques qui affectent un nombre croissant de Lavallois. Pour améliorer l'accessibilité aux soins, la qualité du traitement et la prestation de service, un partenariat avec l'équipe de recherche en soins de première ligne du CSSS de Laval a été mis sur pied. En 2009, la tenue d'une journée de réflexion a permis aux différents interlocuteurs, tant décideurs, professionnels de la santé que la population d'explorer le modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques de Wagner. Ce modèle améliore l'efficacité de la gestion du suivi des maladies chroniques et nous avons le souci de l'implanter à Laval.

Finalement, nous envisageons implanter une nouvelle culture de gestion visant le déploiement d'indicateurs cliniques qui nous permettra d'effectuer la mesure systématique des impacts de nos interventions sur la santé de notre population.

Dr Alain Turcotte
Directeur des affaires médicales et santé physique

LES SERVICES D'URGENCE

Le territoire de Laval doit composer avec une seule salle d'urgence pour desservir l'ensemble de sa population. Depuis les trois dernières années, le nombre de consultations a augmenté de 10,7 %, pour atteindre 75 535 visites en 2009-2010.

En plus du haut taux d'achalandage, l'urgence du CSSS de Laval a subi, l'année dernière, une forte pression en matière de consommation des ressources, et ce, en raison des changements suivants :

- Un accroissement de 11,0 % du nombre de patients arrivés par ambulance, soit l'équivalent de 1 473 patients, pour un total de 14 803 patients en 2009-2010. De ce nombre, 51% ont utilisé une civière, comparativement à 47 % en 2008-2009;

- l'évolution des caractéristiques démographiques de la population se perçoit dans le profil de la clientèle reçue à l'urgence, plus précisément du groupe d'âge des 75 ans et plus. Cela explique l'augmentation de l'utilisation de civières d'environ 10,5 % au cours des trois dernières années et de 2,5 % pour la dernière année, soit un passage de 7 272 patients en 2008-2009 à 7 454 en 2009 2010.

L'urgence a dû aussi composer avec un déficit de ressources en amont. Ce manque se traduit plus particulièrement en matière de disponibilité de lits de courte durée en santé physique et en santé mentale, de places en centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), et en ressources intermédiaires (RI) afin d'atteindre les ratios de lits prescrits par le Ministère. Ce dernier a autorisé un budget non récurrent pour l'ouverture en 2011, de 40 lits en courte durée.

Afin de mieux cibler les zones d'intervention à privilégier dans le cadre du plan d'action à moyen et à long terme, un suivi de l'urgence est effectué rigoureusement en collaboration avec le CSSS. Il est évident que l'évolution des caractéristiques démographiques de notre clientèle demandera des efforts et des ressources supplémentaires pour adapter l'offre de service en amont et en aval de l'urgence aux besoins de la population lavalloise.

LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

La signature de l'entente entre Urgences-Santé et les agences de Montréal et de Laval « Principes directeurs de l'entente de répartition des patients entre les établissements de la région de Montréal et de Laval » a eu lieu en décembre 2009. L'Agence de Laval et le CSSS de Laval participent activement au groupe de travail désigné par le Comité stratégique pour le suivi de l'application des principes directeurs de l'entente, ainsi qu'à la recherche de zones d'amélioration du processus de régulation des patients transportés par ambulance.

LES ACTIVITÉS CHIRURGICALES

Les activités chirurgicales ont fait l'objet d'un suivi rigoureux de la part de l'Agence, et ce, en étroite collaboration avec l'établissement. Ainsi, du point de vue de la volumétrie totale, à l'exception des prothèses totales de la hanche, toutes les cibles identifiées à l'entente de gestion ont été atteintes ou dépassées.

Afin de réduire les délais d'attente, le Ministère a demandé à l'établissement d'accorder la priorité aux patients avec les plus longs délais d'attente. Ainsi, au 31 mars 2010, 424 usagers attendaient plus de 9 mois. Des démarches ont été entreprises pour aider le CSSS à réduire les délais pour tout type de chirurgies à moins de 180 jours à la fin de la prochaine année.

Malgré les deuxièmes offres effectuées entre les orthopédistes, force est de constater que les délais de prises en charge n'atteignent pas la cible fixée à 90 % pour cette spécialité. Des démarches sont ainsi entreprises avec la région de Montréal afin qu'une deuxième offre interrégionale soit effectuée afin de résorber la liste d'attente en orthopédie.

Tableau 10. Nombre de chirurgies réalisées

	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
INDICATEURS			
Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	113	96	78*
Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	134	135	202
Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	2 098	2 000	2 720
Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant les cataractes)	5 171	7 280	7 236
Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant les chirurgies de la hanche et du genou)	4 955	4 849	5 289

*La comptabilisation des prothèses totales bipolaires dans cet indicateur a été suspendue par l'établissement afin de se conformer aux interventions retenues bien que celles-ci sont nombreuses dans l'estimation de la cible ministérielle 2009-2010; le nombre total de prothèses bipolaires s'élevait à 56.

À la suite des recommandations du comité conjoint MSSS-FMSQ, découlant de la visite du bloc opératoire en avril 2007, des ententes avec des cliniques médicales ont été signées afin d'effectuer des chirurgies mineures (octobre 2008) et des cataractes (juin 2009) à l'extérieur de l'hôpital.

La cible d'augmentation fixée pour la production chirurgicale suite à cette visite était de 10 %. Ainsi, une augmentation de18.8 % est constatée entre les exercices 2008-2009 et 2009-2010, selon les tableaux de bord sur les indicateurs de gestion.

Tableau 11. Délais d'attente pour les chirurgies

	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
INDICATEURS			
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	82,86 %	90 %	52,7 %
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	70,15 %	90 %	58,9 %
Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	93,46 %	90 %	94,8 %

La résorption des patients hors délais s'effectue via l'application de la méthode Bolduc. Cette méthode consiste à réduire les listes d'attente en priorisant les patients ayant les délais d'attente les plus longs. Celle-ci a été présentée en juillet 2009 par le ministre Bolduc à l'établissement. Le CSSS de Laval a renforcé la priorisation de ces patients, les patients attendant depuis plus de 18 mois pour une chirurgie sont passés de 148 au 31 mars 2009, à 42 au 31 mars 2010. Cependant, des efforts restent à accomplir par les spécialistes, notamment au niveau de la chirurgie orthopédique.

Afin de respecter la cible d'intervention pour le PTH et PTG, des démarches ont été entreprises avec la région de Montréal afin d'établir un corridor de 2e offre interrégionale pour les chirurgies hors-délais. Par ailleurs, le CSSS de Laval a signifié son intérêt a bénéficier de l'accompagnement de l'équipe ministérielle pour l'amélioration du mécanisme d'accès en chirurgie orthopédique par une révision du processus de cheminement des requêtes opératoires. Ces travaux devraient se terminer à l'automne 2010 et permettre une meilleure accessibilité aux services dans le respect de délais fixés.

Tableau 12. Endoscopies réalisées

	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
INDICATEURS			
Nombre d'endoscopies totales réalisées	15 511	17 143	17 117

Afin de mieux répondre aux besoins de la population pour l'accessibilité en endoscopie, en 2008, l'Agence a alloué un budget non récurrent pour deux ans afin que le CSSS puisse augmenter ses activités par l'entremise d'une clinique privée. Cette entente s'est poursuivie en 2009-2010. Le nombre de ces activités pratiquées au CSSS et en cliniques privées est présenté dans le tableau ci-joint.

LE GUICHET DE LA CLIENTÈLE VULNÉRABLE ORPHELINE

En 2009-2010, 4 098 Lavallois recherchant un médecin de famille ont été référés au Guichet. Sur ce nombre, 692 usagers ont été pris en charge par les médecins de famille de la région, comparativement à 163 durant l'exercice 2008-2009.

Par ailleurs, 90 médecins se sont inscrits au Guichet durant l'exercice 2009-2010. Bien que les inscriptions aient considérablement augmenté, le nombre de patients référés demeure faible. Cependant, la majorité des patients les plus vulnérables (priorités 1 et 2) sont pris en charge par les médecins.

Enfin, pour favoriser la prise en charge de la clientèle vulnérable et ainsi éviter une détérioration de sa santé, l'Agence incite les omnipraticiens à s'inscrire au Guichet, notamment ceux des GMF et des nouveaux facturants, qui se constituent une nouvelle clientèle. L'Agence vise à augmenter les effectifs infirmiers offerts aux GMF par le nouveau modèle de GMF-réseau afin de soutenir les omnipraticiens dans la prise en charge de cette clientèle.

LA GESTION ET LA PRÉVENTION DES MALADIES CHRONIQUES

L'amélioration de la gestion et de la prévention des maladies chroniques en soins de première ligne est un défi de taille et a été reconnue comme étant une priorité de la région. Pour ce faire, un partenariat a été mis sur pied entre l'Équipe de recherche en soins de première ligne du CSSS de Laval et l'Agence.

Cette collaboration a permis la tenue d'une journée d'ateliers sur la mise en application du modèle des maladies chroniques où l'on a réuni des cliniciens de la première ligne, des usagers et des membres de leur famille, des décideurs/gestionnaires et des chercheurs. Les priorités d'action ont été déterminées.

LE PROJET SARDM (SYSTÈMES AUTOMATISÉS ET ROBOTISÉS DE DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS)

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a lancé le projet des Systèmes automatisés et robotisés de distribution de médicaments dans les établissements de santé de la région de Laval. Il poursuit ainsi la mise en oeuvre de son plan régional prévue en cinq phases. Ce projet comporte trois aspects : une optimisation de l'organisation du travail, un recours accru aux systèmes d'information et aux technologies et la mise en commun régionale des ressources et des services.

Au niveau provincial, la phase 1 du projet SARDM a été finalisée officiellement le 31 mars 2010. Celle-ci a constitué un véritable défi, hautement sous-estimé quant à la complexité d'assurer la cohérence et la coordination des actions entre le Ministère, les agences, les établissements, les entreprises d'achat et les fournisseurs.

Au cours de l'exercice 2009-2010, l'Agence a amorcé une étude de faisabilité de mise en commun des ressources et d'optimisation du processus de distribution des médicaments au niveau régional. Ainsi, tous les établissements concernés par le projet SARDM ont participé à une rencontre d'information, organisée par l'Agence, afin d'enclencher la mise en place d'un comité régional. Le mandat du comité est de coordonner, de superviser et d'orienter les discussions et toutes les actions qui entourent le projet SARDM. Pour l'année 2009-2010, le comité s'est penché sur le développement d'une vision régionale de l'organisation des services pharmaceutiques, ainsi que sur la révision du plan de relève. Les rencontres du comité ont permis de préciser :

- les états de situation des établissements de la région;
- la structure de gestion de projet;
- les travaux sur le plan de relève;
- les points saillants de la rencontre du comité de liaison du Ministère;
- les pistes d'optimisation et de mise en commun.

Au 31 mars 2010, trois scénarios d'optimisation et de mise en commun avaient été retenus et seront analysés au début de la prochaine année.

LA TÉLÉSANTÉ

La région de Laval participe au projet de téléformation et de soutien clinique multidisciplinaire du RUIS de l'Université de Montréal. La phase 2 de ce projet a été amorcée et, durant l'année, la validation des besoins et l'identification de nouveaux projets ont été effectuées. Les domaines d'application sont l'oncologie, la santé mentale, la gériatrie, la traumatologie et la cardiologie. Grâce à ce projet, le CSSS acquerra, dès la prochaine année, de nouvelles stations de télésanté.

L'IMAGERIE MÉDICALE

Les projets de loi 95 et 34 émettent de nouvelles dispositions relatives à la délivrance des permis de laboratoires d'imageries médicales (LIM). Ils exigent notamment que l'exploitant d'un LIM soit titulaire d'un permis, qu'il obtienne un agrément et nomme un directeur médical.

En 2009, le Ministère a indiqué que la mise en place et le respect d'ententes formelles établies entre l'Agence et les LIM sont des prérequis au renouvellement des permis 2010 de ces derniers. Ces ententes doivent être orientées vers la complémentarité des services des LIM avec ceux du réseau pour l'amélioration de l'accessibilité à l'imagerie médicale de la région. Ces ententes ont été signées avec les LIM du territoire afin d'assurer une complémentarité avec les services du CSSS de Laval.

LA PÉRINATALITÉ

La stratégie de mise en oeuvre des trois premières années de la Politique de périnatalité ministérielle, « Un projet porteur de vie », a été diffusée à la fin de février 2010. L'Agence de Laval, proactive dans plusieurs de ces orientations, participe activement à la Table de périnatalité du CSSS où un portrait détaillé du continuum de soins en périnatalité est en cours d'élaboration.

Des actions concernant le développement de nouveaux programmes ont été amorcées, entre autres, en ce qui a trait à l'intégration de la pratique de la sage-femme et à la mise en place des services de procréation assistée. Les travaux se poursuivront dans la prochaine année.

Par ailleurs, dans le cadre de l'organisation des services en néonatalogie et, plus spécifiquement, en lien avec le développement de centres régionaux, le CSSS de Laval a été reconnu pour la phase 1 comme centre secondaire de niveau IIA. Il contribue ainsi à la mise sur pied du réseau intégré du RUIS de Montréal en néonatalogie. Ceci permettra de diminuer la période de séparation des parents et de l'enfant en acceptant plus rapidement le retour des poupons hospitalisés aux centres tertiaires et en diminuant le nombre de transferts vers les grands centres.

LA LUTTE CONTRE LE CANCER

Le cancer demeure la première cause de décès sur le territoire de Laval. En 2010, on estime que le nombre de nouveaux cas s'élèvera à 635. L'objectif de mise en place d'un réseau de services intégrés et hiérarchisés se poursuit.

L'Agence a amorcé les réflexions sur l'actualisation du programme régional en fonction des priorités 2007-2012 de la Direction de la lutte contre le cancer. L'échéance pour le dépôt du programme est prévue en novembre 2010.

La formation à l'interdisciplinarité constitue une pierre angulaire du Programme de lutte contre le cancer. Un financement non récurrent reçu du Ministère a été octroyé au CSSS de Laval pour des activités de formation sur l'interdisciplinarité et l'accompagnement des équipes. Cette formation doit favoriser le développement des compétences des équipes de travail en interdisciplinarité de façon à maximiser la qualité et l'efficacité de leurs interventions, et ce, pour tous les établissements et les organismes communautaires oeuvrant sur le territoire de Laval. Au cours de l'exercice 2009-2010, trois équipes ont eu accès à ce type de formation.

Le projet du Centre intégré de cancérologie de Laval est en cours. Les travaux de construction ont débuté le 14 août 2009. L'échéance pour la fin des travaux est fixée au 11 avril 2011. Dès l'inauguration du Centre intégré de cancérologie, prévue en 2011, les patients pourront bénéficier d'une gamme complète de services, dont la radio-oncologie, et un meilleur suivi, plus près de leur milieu de vie.

LES SOINS PALLIATIFS

Lits dédiés aux soins palliatifs

L'objectif des soins palliatifs est d'offrir la meilleure qualité de vie possible aux personnes en fin de vie et à leurs proches. Au cours de l'exercice 2009-2010, l'offre en terme du nombre de lits dédiés aux soins palliatifs a augmenté, passant de 12 à 24. La première maison de soins palliatifs de Laval, ayant une capacité de 12 lits, a ouvert ses portes le 16 janvier 2010. La Maison de soins palliatifs de Laval fait partie d'un réseau intégré de centres palliatifs et fonctionne en collaboration avec le réseau de santé et des services sociaux du Québec, et tout particulièrement avec le Centre de santé et de services sociaux de Laval.

Soins palliatifs à domicile

À Laval, les services de soins palliatifs à domicile sont assurés en complémentarité par le CSSS de Laval et la Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal (SSPAD), antérieurement Association Entraide Ville-Marie.

Les indicateurs suivis dans l'entente de gestion concernent :

- le nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile.
- le nombre d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile.

L'engagement quant au nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile, fixé à 859, n'a pas été atteint. De plus, l'année 2009-2010 se conclut par une performance inférieure à celle de l'année précédente. Le nombre d'usagers desservis a diminué de 12,5 %, passant de 778 à 681 personnes rejointes. Toutefois, il n'y a aucun usager sur la liste d'attente et les services sont rendus dès la réception de la demande. Toutes les demandes reçues par le guichet universel sont traitées et aucune demande n'est refusée en se basant sur les critères de partage de la clientèle entre les différents regroupements.

Pour ce qui est du nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile, la cible fixée à 16 a été dépassée. Une légère augmentation est remarquée par rapport à l'année précédente, passant de 19,7 à 20,1 interventions en moyenne par usager.

Il faut préciser que ces commentaires s'appuient sur les résultats incluant les usagers desservis par la Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal (SSPAD) (antérieurement Association Entraide Ville- Marie).

LA CONTRIBUTION DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

L'Agence reconnaît et finance trois organismes qui déploient différents services et activités en lien avec le programme-services Santé physique tels que : accueil, information, référence, sensibilisation et éducation, conférences et ateliers thématiques, services en soins palliatifs à domicile, soutien et accompagnement des personnes endeuillées.

Voici le nombre de personnes rejointes par les activités individuelles et les activités de groupe des organismes :

- 1 organisme offrant des services en soins palliatifs à domicile (Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal) : 215 personnes rejointes;
- 1 organisme de soutien et d'accompagnement des endeuillés et des personnes en fin de vie (Lumi-vie): 129 personnes rejointes;
- 1 organisme offrant des services aux personnes diabétiques et à leurs proches (Association du diabète – Laval, Laurentides M.R.C. des Moulins inc.) : 1 125 personnes rejointes.

De plus, l'Agence finance une entente de services avec deux organismes dans la catégorie « Autres organismes en santé et services sociaux » :

- La maison des soins palliatifs de Laval;
- la Maison André Gratton (Le Phare).

LA DIRECTION DES AFFAIRES RÉSEAU

MOT DU DIRECTEUR

Durant l'exercice, la Direction des affaires réseau a poursuivi son travail d'organisation et de coordination des services de santé et de services sociaux offerts aux Lavallois. Nous vous présentons ici quelques faits saillants.

Le vieillissement de la population et la croissance démographique dans la région amènent la Direction à réfléchir sur la prestation de services à la population lavalloise pour permettre à tous de recevoir le bon service au bon moment. À cet effet, deux comités ont été mis en place afin d'examiner le continuum d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie liée vieillissement. Les rapports issus de ces comités permettront de mieux planifier les besoins régionaux et d'appuyer le CSSS de Laval dans l'élaboration de stratégies quant au débordement de la clientèle de longue durée dans les lits de courte durée.

Le plan d'action quinquennal pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, élaboré en 2005, a fait l'objet d'une évaluation afin de vérifier si les objectifs fixés ont été atteints. Par ailleurs, une réflexion sera amorcée en vue de repenser l'accueil et la prestation de soins aux personnes âgées en centre hospitalier afin d'éviter leur déconditionnement.

Les jeunes en difficulté demeurent une préoccupation constante sur le plan régional. En octobre 2009, l'Agence s'est jointe au Ministère pour présenter l'offre de service 2007-2012 du programme Jeunes en difficulté. Le Centre jeunesse de Laval et le CSSS de Laval ont collaboré à la réussite de cette journée de réflexion, notamment en brossant un tableau des réalisations de la région et en animant des ateliers de discussion visant à déterminer les priorités des prochaines années à l'intérieur de ce qui est proposé par l'offre de service ministérielle.

Un portrait régional des organismes communautaires et OSBL a été élaboré dans le but de mieux connaître la contribution des organismes communautaires oeuvrant en santé et services sociaux à Laval. Plusieurs indicateurs de la contribution ont été analysés et des pistes de réflexion ont émergé des différents travaux. L'analyse de la contribution des organismes communautaires se poursuivra au cours des prochains mois.

Au chapitre de la pandémie de grippe A (H1N1), la Direction a assisté le CSSS de Laval dans la mise en place du volet psychosocial assuré par la présence d'intervenants sur les deux sites de vaccination de masse.

La prochaine année sera témoin de la publication du Plan stratégique 2010-2015 pour la région de Laval en concordance avec les orientations ministérielles. Cette planification stratégique permettra de mettre en lumière des choix régionaux stratégiques et d'orienter les actions des prochaines années.

Dans le but d'améliorer l'accès aux services pour la population anglophone et les communautés culturelles, l'Agence effectuera un bilan du plan d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise 2007-2010 et procèdera à la rédaction du prochain plan d'action. L'Agence poursuivra aussi la formation sur la diversité culturelle pour les intervenants de la région.

M. Denis Blanchard
Directeur des affaires réseau

L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES ET LES DROITS DES USAGERS

L'amélioration de la qualité des soins et des services demeure une préoccupation continue dans le réseau de la santé et des services sociaux. Des mesures de suivi sont continuellement en développement et mises en place pour assurer un niveau de qualité élevé.

LES DOSSIERS QUALITÉ

Adopté en décembre 2002, le projet de loi 113 concernant la prestation sécuritaire de soins et de services donne ainsi suite à plusieurs des recommandations du rapport Francoeur. La loi prône la prestation sécuritaire des soins et des services et vise la prévention des événements indésirables évitables en milieu de soins. Des formations ont été données en 2009 aux établissements pour s'assurer de la réussite du déploiement de l'outil informatique du système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS). Tous les établissements ont suivi la formation et sont donc en mesure d'être opérationnels pour entrer les données dans leur registre local. L'appui du Technocentre régional assure le soutien applicatif et l'accompagnement des établissements dans cette démarche.

Une rencontre des répondants locaux dans le dossier de la gestion des risques s'est tenue le 1er septembre 2009 et portait sur le rapport annuel de gestion des établissements et l'application du SISSS.

LE CORONER OU LES DÉCÈS ÉVITABLES

Cette année, l'Agence a reçu deux rapports du coroner comprenant des recommandations. Une situation a eu lieu à domicile et l'autre s'est produite à l'urgence de l'hôpital de la Cité-de-la-Santé. Des suivis sont faits pour s'assurer de la mise en oeuvre des recommandations. D'autre part, la Direction a continué son suivi auprès des établissements quant à la mise en place des mesures préventives recommandées par le Bureau du coroner.

LES COMITÉS DES USAGERS ET LES COMITÉS DE RÉSIDENTS

La Direction a accordé son soutien à quelques comités des usagers au cours de l'année. Une journée d'échanges et d'information s'est tenue le 31 mars 2010 à l'intention de tous les membres des comités des usagers et de résidents du territoire de Laval. Le thème de cette journée de réflexion portait sur le recrutement et la relève dans les comités des usagers et de résidents. Ponctuée d'une conférence, d'une pièce de théâtre sur mesure et de tables rondes, cette journée d'échanges et de réflexion a permis de discuter des difficultés observées, d'échanger sur les bonnes idées promotionnelles et de trouver des solutions.

LES VISITES D'APPRÉCIATION DANS LES ÉTABLISSEMENTS

Mandatée par le MSSS, une visite d'appréciation a été réalisée dans un CHSLD du territoire. Il s'agit du dernier CHSLD à Laval à faire l'objet d'une telle visite. La Direction a effectué un bilan sur le suivi donné aux recommandations à l'endroit de tous les établissements visités au cours des quatre dernières années, soit 13 installations de type CHSLD et trois réseaux RI-RTF *(déficience intellectuelle et TED, santé mentale et PALV)*. À la suite de ces suivis, quatre dossiers ont été déclarés inactifs parce qu'ayant réalisé l'ensemble de leur plan d'amélioration, soit le CRDI Normand-Laramée, le CHSLD Vigi-l'Orchidée blanche, le CHSLD Santé Courville et le CHSLD Résidence Riviera. De plus, l'Agence a développé un mécanisme de suivi impliquant les principaux intervenants concernés par l'approche milieu de vie et les membres des comités de résidents des établissements de soins de longue durée et les membres des comités des usagers du CSSS et des centres de réadaptation.

LE PROGRAMME D'AMÉLIORATION DE L'ALIMENTATION EN CHSLD

En suivi à la consultation publique sur les conditions de vie des aînés, des visites d'appréciation de la qualité où l'activité alimentation demeure l'objet principal de recommandations et d'amélioration et en lien avec le cadre de référence à l'intention des établissements du réseau de la santé et des services sociaux pour l'élaboration de politiques alimentaires adaptées, « Miser sur une saine alimentation : une question de qualité », l'Agence a soutenu le développement des compétences du personnel concerné, le partage des meilleures pratiques et la connaissance des besoins de la clientèle gériatrique en mobilisant les principaux acteurs du territoire autour d'un Programme régional d'amélioration de l'alimentation. De plus, cinq initiatives locales des établissements ont été approuvées par l'Agence.

LA CERTIFICATION DES RÉSIDENCES POUR PERSONNES ÂGÉES

L'Agence de Laval a poursuivi son association avec les Agences des régions de Lanaudière et des Laurentides par le biais d'un bureau de coordination suprarégionale du processus de certification des résidences pour personnes âgées.

Tableau 13. État de situation au 31 mars 2010

NOMBRE DE RÉSIDENCES	NOMBRE DE PLACES AU REGISTRE	NOMBRE DE DEMANDES DE CERTIFICATION	NOMBRE DE RÉSIDENCES CERTIFIÉES	AVIS DE NON-CERTIFICATION
61	61	61	31 ou 50 %	1

De plus, il faut souligner la réalisation des activités suivantes :

- Un soutien technique et d'accompagnement individualisé aux exploitants dans leurs démarches en vue du respect de l'ensemble des critères menant à leur certification;
- des rencontres d'échanges et d'informations ont été réalisées auprès des différents partenaires;
- l'envoi de trois numéros du bulletin d'information « Info-certification » a été fait à l'ensemble des exploitants;
- des rencontres avec différents services de la Ville de Laval et le CSSS de Laval ont permis de développer une collaboration pour assurer la certification des résidences pour personnes âgées;
- la collaboration à la production de plusieurs guides et outils de soutien au maintien des normes de certification.

LE COMITÉ DE VIGILANCE ET DE LA QUALITÉ

Le Comité de vigilance et de la qualité s'est réuni à quatre reprises au cours de l'année. Le commissaire régional aux plaintes et à la qualité présente à chaque rencontre un rapport sur les plaintes déposées et traitées ainsi que sur les interventions réalisées. De l'information est également donnée sur différents dossiers qualité, dont les visites d'appréciation dans les milieux d'hébergement, la certification des résidences pour personnes âgées, la gestion des risques et les projets de loi en lien avec la mission du comité.

L'EXAMEN DES PLAINTES PAR LE COMMISSAIRE RÉGIONAL

L'année 2009-2010 a été caractérisée par la pandémie de grippe A(H1N1) qui a eu un effet marqué sur le régime d'examen des plaintes. La complexité de l'organisation de la campagne de vaccination ainsi que les divers aléas rencontrés tout au long de cette opération ont généré plusieurs demandes d'assistance auprès des commissaires, tant du côté local que régional. De plus, la mobilisation des ressources devant faire face au risque d'une pandémie majeure a fait en sorte que plusieurs des activités en lien avec le régime d'examen des plaintes ont été annulées, entre autres, les rencontres de la table des commissaires de la région. Un bilan plus exhaustif de l'impact de la pandémie sera inclus au rapport régional annuel du régime d'examen des plaintes qui sera réalisé par le commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services.

Niveau régional

L'année 2009-2010 est marquée par une légère diminution du nombre de dossiers de plaintes et d'interventions à traiter au plan régional. Le nombre est passé de 53 à 42 nouveaux dossiers de plaintes en 2009-2010, ce qui représente une diminution de 21 %. Nous avons également reçu 15 signalements ou demandes d'interventions, dont 6 impliquant des résidences privées et 5 des organismes communautaires de la région. Le commissaire régional a porté assistance à 79 reprises que ce soit pour la formulation d'une plainte ou pour l'obtention d'un soin ou d'un service. Les demandes de consultation ont été au nombre de 28, et 21 activités en lien avec les autres fonctions du commissaire ont été réalisées.

Niveau local

Au 1er avril 2009, 63 plaintes étaient en voie de traitement. Au cours de l'année, les commissaires locaux aux plaintes et à la qualité des services ainsi que les médecins examinateurs ont reçu 394 nouvelles plaintes. De ces 457 plaintes, 407 ont été conclues, soit 89 %, alors que 50 plaintes étaient toujours en voie de traitement à la fin de la période. Nous constatons donc une diminution de 10 % du nombre de nouvelles plaintes déposées. Les hôpitaux sont

particulièrement concernés, puisque 72 % des plaintes touchent ce type d'établissement.

Les commissaires aux plaintes et à la qualité des services ont utilisé leur pouvoir d'intervention à 69 reprises et il y avait 2 dossiers d'intervention encore actifs au 31 mars 2010. Il y a eu également 833 demandes d'assistance qui ont été répondues au cours de l'année ainsi que 55 consultations. Parmi leurs autres fonctions, les commissaires ont participé à 74 activités.

LE PROGRAMME SERVICES GÉNÉRAUX

LE SERVICE RÉGIONAL INFO-SANTÉ/INFO-SOCIAL

En 2009-20010, Info-Santé a répondu à 131 637 appels, soit une augmentation de 13,3 % d'appels comparativement à l'année précédente. Grâce à la virtualisation du service 811, 40 % des appels traités étaient en provenance d'autres régions. Or, 35 425 appels en provenance de la région lavalloise ont été répondus hors de notre région.

Durant la pandémie de grippe, Info-Santé a joué un rôle important en matière d'information et d'orientation des usagers vers les ressources les plus adaptées à leurs besoins en répondant, certains jours, à plus de 750 appels.

Afin d'assurer une continuité des soins, particulièrement aux clientèles les plus vulnérables, Info-Santé a travaillé, en 2009-2010, à consolider ses efforts pour adapter l'organisation de ses services, et ce, par l'enregistrement électronique de la clientèle vulnérable et par la mise sur pied d'un service de garde régional.

En effet, Info-Santé Web permet maintenant l'enregistrement de la clientèle ayant besoin d'une continuité des services en tout temps en raison d'une perte sévère d'autonomie. Les cliniques médicales peuvent maintenant enregistrer leur clientèle. Ainsi, 217 enregistrements actifs en GMF ont été effectués en plus des 1 000 enregistrements actifs au CSSS de Laval.

LE RÉPERTOIRE DES RESSOURCES SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX

Le répertoire des ressources est un outil centralisant les informations relatives aux ressources provinciales offrant des services biopsychosociaux. Il est d'intérêt pour tous les intervenants du réseau et les agences sont imputables de la qualité des données régionales qu'il contient. À cet effet, la mise à jour du répertoire des ressources a été centralisée à l'Agence de Laval à l'automne 2009. Cette centralisation a notamment permis d'assurer la diffusion d'informations fiables et instantanées à la population durant la période de pandémie.

En date du 31 mars 2010, le taux de mise à jour des 922 ressources de la région de Laval était de 71 %. Durant l'exercice 2010-2011, l'Agence vise à augmenter le nombre d'intervenants du réseau consultant cet outil.

LA VIOLENCE CONJUGALE ET LES AGRESSIONS SEXUELLES

PRIORITÉS MINISTÉRIELLES

- La mise en oeuvre du Plan d'action gouvernemental 2008-2013 en matière d'agression sexuelle.
- La mise en oeuvre du Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale, reconduit pour 2009-2011.

À cet égard, l'année 2009-2010 a été marquée par une campagne de sensibilisation à la violence conjugale, un financement d'initiatives locales et par le développement de services de soutien pour victimes d'agression sexuelle.

FAITS SAILLANTS

Afin de poursuivre la mise en oeuvre des deux plans d'action ministériels, l'Agence a financé six projets dans la région pour un montant total de 75 000 $. Ces projets visent à sensibiliser les hommes aux différentes formes de violence conjugale, à offrir de la formation sur les programmes VIRAJ et PASSAJ *(prévention de la violence chez les adolescents)* dans le cadre de la mise en place d'un projet pilote dans deux écoles secondaires de la région en lien avec le programme « École en santé », à offrir de la sensibilisation sur la violence conjugale aux étudiants adultes en francisation, à soutenir la production du guide « Brisez le silence » pour les femmes victimes de violence conjugale, à élaborer et mettre en place un plan stratégique pour les partenaires offrant des services de deuxième ligne et à tenir des conférences grand public ayant pour sujet « La différence entre une dynamique de violence conjugale et une chicane de couple ».

Au cours de l'année 2009-2010, l'Agence de Laval a assuré un leadership dans le dossier de l'entente multisectorielle. Le comité de travail sur l'entente a produit et diffusé un guide pour les intervenants, a présenté celui-ci lors de colloques régionaux et travaille sur la trajectoire de l'entente afin d'en assurer la mise en place.

La campagne gouvernementale de sensibilisation en violence conjugale a eu lieu dans la région de Laval. Tous les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux ont reçu des brochures et de l'information relativement à cette campagne.

À la suite d'une évaluation des besoins de services en agression sexuelle, la région s'est vue octroyer, par le MSSS, un montant récurrent de 35 000 $ pour l'année 2009-2010. Cette somme servira à développer une offre de service en deuxième ligne pour les enfants victimes d'agression sexuelle au sein du Centre de prévention et d'intervention pour les victimes d'agression sexuelle (CPIVAS).

LA CONTRIBUTION DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

L'Agence reconnaît et finance 13 organismes qui déploient différents services et activités en lien avec le programme-services Services généraux tels que : accueil, écoute, information, référence, sensibilisation et éducation, soutien et accompagnement, ateliers, hébergement, groupes d'appartenance, milieux de vie et concertation.

Voici le nombre de personnes jointes par les activités individuelles et les activités de groupe des organismes :

- 2 centres de femmes (Centre des femmes de Laval et Le Centre des femmes dynamiques de Laval) : 5 285 personnes rejointes;
- 3 maisons d'hébergement pour femmes violentées (Maison de Lina, Maison l'Esther et Maison le Prélude) : 1 576 personnes rejointes;
- 1 organisme offrant des services pour femmes violentées (Bouclier d'Athéna) : 155 personnes rejointes;
- 1 organisme intervenant auprès des conjoints violents (CHOC Carrefour d'hommes en changement) : 1 177 personnes rejointes;
- 1 organisme de prévention des agressions à caractère sexuel et d'interventions auprès des victimes (Centre de prévention et d'intervention pour victimes d'agression sexuelle CPIVAS) : 258 personnes rejointes;
- 1 organisme offrant des services pour hommes agresseurs sexuels (Centre d'intervention en délinquance sexuelle) : 156 personnes rejointes;
- 1 centre d'écoute téléphonique (Centre d'écoute de Laval) : 5 059 appels répondus;
- 1 centre d'action bénévole (Centre de bénévolat de Laval) : 19 570 personnes rejointes et 1 501 bénévoles;
- 1 organisme offrant du soutien et un milieu de vie pour une communauté culturelle (Centre communautaire «Le Coumbite » de Laval) :109 personnes rejointes;
- 1 regroupement régional d'organismes communautaires (Corporation de développement communautaire de Laval) : 99 membres.

L'Agence finance un projet ponctuel d'un organisme dans la catégorie « Autres organismes en santé et services sociaux » :
- Centre communautaire Petit Espoir

De plus, l'Agence finance des ententes de services avec les organismes suivants :
- Office municipal d'habitation de Laval;
- Fédération lavalloise des organismes sans but lucratif d'habitation;
- Les habitations populaires Vincent-Massey Inc.;
- Les habitations St-Christophe.

PERSPECTIVES 2010-2011 :

Pour l'année 2010-2011, l'Agence devra poursuivre ses travaux de mise en oeuvre de l'Entente multisectorielle relative aux enfants victimes d'agressions sexuelles, de mauvais traitements physiques ou d'une absence de soins menaçant leur santé physique ainsi que s'assurer d'une compréhension commune de cette Entente par ses partenaires. Dans une même perspective, des travaux seront entrepris pour augmenter le nombre de références d'enfant victime d'agression sexuelle et/ou d'abus physique à la clinique socio-juridique du CSSS de Laval. Finalement, la mise en place d'un service de deuxième ligne d'intervention psychosociale pour les enfants victimes d'agression sexuelle, mais n'étant pas en situation de compromission sera prioritaire pour la région.

LE SOUTIEN COMMUNAUTAIRE EN LOGEMENT SOCIAL

FAITS SAILLANTS

En 2009-2010, le Comité logement social, piloté par l'Agence de Laval, a amorcé des travaux pour élaborer le cadre de référence en logement social avec soutien pour la région.

PERSPECTIVES 2010-2011

Le Comité logement social terminera les travaux sur le cadre de référence et le fera adopter par le conseil d'administration de l'Agence. De plus, à la suite des enjeux soulevés dans le document « La pauvreté à Laval, au-delà

des apparences », l'Agence s'est engagée à améliorer sa concertation interdirectionnelle afin de mieux répondre aux besoins régionaux en logement social.

LE PROGRAMME DÉPENDANCES

PRIORITÉS MINISTÉRIELLES

La mise en oeuvre des plans d'action gouvernementaux en dépendances :

- Unis dans l'action : orientations relatives aux normes d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience, programme-services Dépendances, offre de service 2007-2012;
- unis dans l'action : plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011;
- plan gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005.

FAITS SAILLANTS

Un des points majeurs de l'année 2009-2010 fut la mise en place de l'équipe de liaison spécialisée en dépendances à l'urgence de l'hôpital de la Cité-de-la-Santé. Dans le cadre du Programme régional d'évaluation spécialisée du Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres toxicomanies (CRPAT), Le Maillon, vise à procéder au repérage de la clientèle, de l'évaluer et de la diriger vers le service qui répond le mieux à ses besoins.

Le MSSS a accordé un montant non récurent à l'Agence afin de favoriser le déploiement du programme Dépendances au CSSS de Laval et ainsi affecter un intervenant de liaison dédié à ce programme. De plus, le MSSS a fourni à l'Agence les trousses de formation en première ligne Dépendances. La formation des formateurs a eu lieu. Le déploiement de la formation sera achevé en 2010-2011.

La contribution des organismes communautaires

L'Agence reconnaît et finance deux organismes qui déploient différents services et activités en lien avec le programme-services Dépendances tels que : soutien à la désintoxication avec hébergement, programme de traitement de groupe et individuel pour alcooliques et toxicomanes, programme de traitement en jeu pathologique, groupes d'entraide et de soutien.

Voici le nombre de personnes jointes par les activités individuelles et les activités de groupe des organismes :

- 1 organisme de soutien à la désintoxication et offrant de l'hébergement (Un foyer pour toi) : 767 personnes rejointes;
- 1 organisme offrant un programme de traitement de trois semaines pour alcooliques, toxicomanes et joueurs compulsifs avec hébergement (La Maisonnée Paulette Guinois) : 264 personnes rejointes.

De plus, l'Agence finance le démarrage d'un organisme jusqu'à l'ouverture de la ressource d'hébergement:

- L'Aviron, hébergement communautaire

PERSPECTIVES 2010-2011

Pour l'année 2010-2011, l'Agence devra composer avec plusieurs priorités. Premièrement, il y a la formation en première ligne en dépendances. Aussi, pour l'ouverture de la Ressource alternative autre (RAA), huit places sont prévues pour septembre 2010. Il y a l'implantation d'un service pour les 6-12 ans ayant un parent dépendant au sein du Centre de réadaptation Le Maillon. De plus, l'équipe de liaison à l'urgence devra être évaluée. Finalement, l'Agence devra s'assurer que les travaux concernant l'atteinte de la cible en jeu pathologique sont exécutés et qu'un plan d'action régional est mis en place.

L'ITINÉRANCE

PRIORITÉS MINISTÉRIELLES :

La mise en oeuvre du Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013.

FAITS SAILLANTS

L'Agence a une entente de gestion avec Service Canada dans le cadre de la Stratégie des partenaires de lutte contre l'itinérance (SPLI). L'Agence a piloté un comité d'analyse qui a recommandé le financement de 14 projets provenant d'organismes communautaires pour la SPLI. De plus, l'Agence a remis sur pied le comité de suivi du plan communautaire 2007-2011 afin d'en faire le bilan.

Finalement, l'Agence a consolidé le financement de l'organisme l'Aviron ressource d'hébergement communautaire, et le financement du Réseau des organismes et des intervenants en itinérance de Laval (ROIIL).

PERSPECTIVES 2010-2011

Pour l'année 2010-2011, l'Agence étudiera la possibilité de consolider le financement de l'équipe Itinérance du programme-services Santé mentale du CSSS. L'Agence compte aussi poursuivre ses démarches d'appui à l'organisme l'Aviron, ressource d'hébergement communautaire, dont l'ouverture est prévue pour mai 2011.

Dans le cadre du plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013, l'Agence devra coordonner la mise en place d'actions et de services pour prévenir et conter l'itinérance. Plus spécifiquement, cinq priorités ont été identifiées :

1) renforcer la prévention de l'itinérance;
2) favoriser la stabilité résidentielle;
3) améliorer, adapter et coordonner l'intervention auprès des personnes itinérantes;
4) favoriser une cohabitation tolérante et sécuritaire entre les différents groupes de citoyens et
5) accroître la recherche.

Pour l'année 2010-2011, l'Agence travaillera principalement à mettre en place une coordination multisectorielle regroupant les acteurs de la santé et des services sociaux, de l'habitation, de la gestion de l'espace public, de l'insertion sociale et professionnelle ainsi que du décrochage scolaire.

LE PROGRAMME SANTÉ MENTALE

PRIORITÉS MINISTÉRIELLES

- Le virage vers la première ligne.
- L'accès aux services de santé mentale en temps opportun.
- Le changement des pratiques, en favorisant les modèles de soins partagés.
- Le soutien dans la communauté pour les personnes atteintes de troubles graves de santé mentale (suivi intensif dans le milieu – soutien d'intensité variable (SI-SIV), soutien au logement, soutien au travail ou aux études).
- La lutte au suicide.

FAITS SAILLANTS

Dans la foulée du plan d'action de la Direction de la santé mentale adulte du CSSS de Laval (plan d'action visant une amélioration de la performance, initialement déposé à l'Agence au printemps 2008, et ayant fait l'objet d'un monitorage constant au cours de la présente année), un plan d'action en santé mentale jeunesse (0-18 ans) a également été élaboré par la Direction Famille-Enfance-Jeunesse du CSSS de Laval, en collaboration avec ses partenaires.

De plus, dans un effort régional pour poursuivre le virage vers la première ligne en santé mentale, laquelle est une priorité ministérielle, l'Agence a alloué 20 000 $ à l'organisme Phobies-Zéro afin de permettre le démarrage d'un groupe d'autotraitement du trouble panique, avec pairs-aidants, pour les Lavallois. Cette initiative se réalisera grâce à la collaboration de l'organisme lavallois La Ressource ATP, de concert avec la Direction de la santé mentale adulte du CSSS de Laval. Enfin, l'Agence a maintenu son appui aux personnes utilisatrices de services en santé mentale pour qu'elles s'impliquent activement au sein des instances décisionnelles et qu'elles deviennent membres à part entière d'une équipe d'intervention d'un établissement du réseau public, en défrayant la formation de deux pairs-aidants en provenance de Laval au cours de l'été 2009.

LA CONTRIBUTION DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

L'Agence reconnaît et finance huit organismes qui déploient différents services et activités en lien avec le programme-services Santé mentale tels que : accueil, écoute, référence, sensibilisation et information, soutien et accompagnement, formations thématiques et activités d'employabilité, activités sociales, culturelles, sportives et de loisirs, groupes d'échange et d'entraide, cuisines collectives, soutien et accompagnement en défense des droits, soutien et répit aux membres de l'entourage, suivi communautaire et soutien à la vie en appartement.

Voici le nombre de personnes jointes par les activités individuelles et les activités de groupe des organismes :

- 5 organismes offrant du soutien et un milieu de vie pour la clientèle souffrant de troubles de santé mentale (Association des loisirs pour personnes handicapées psychiques de Laval, Association IRIS, Centre d'implication libre de Laval en réadaptation sociale, Groupe d'entraide en santé mentale de Laval et La Ressource ATP groupe de soutien pour personnes anxieuses) : 2 476 personnes rejointes;
- 1 organisme de promotion et de défense de droits en santé mentale (L'En-Droit de Laval) : 1 569 personnes rejointes;

- 1 organisme offrant du soutien aux membres de l'entourage (Association lavalloise de parents pour le bien-être mental inc.) : 711 personnes rejointes;
- 1 organisme offrant des groupes psychoéducatifs et des services professionnels de psychothérapie (Services populaire de psychothérapie) : 455 personnes rejointes.

De plus, l'Agence finance une entente de services avec un organisme dans la catégorie « Autres organismes en santé et services sociaux » :
- Service régional de crise de Laval l'Îlot

PERSPECTIVES 2010-2011

En lien avec l'entente survenue, mais non encore actualisée, entre le CSSS de Laval, l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal (HSCM) et les deux agences concernées, Laval et Montréal, l'Agence de Laval collaborera avec le CSSS de Laval pour l'élaboration d'un plan visant à développer la gamme des services résidentiels pour les Lavallois vivant avec un problème majeur de santé mentale et augmenter le nombre de professionnels en première ligne.

À travers le projet d'autotraitement du trouble panique par des pairs-aidants, l'Agence continuera son implication pour les personnes utilisatrices de services.

Enfin, après avoir orchestré une rencontre régionale préparatoire à l'évaluation du plan d'action national 2005-2010, «La force des liens», en fin d'année 2009-2010, l'Agence assurera la mise en oeuvre du bilan régional de ce plan d'action en collaboration avec le MSSS et les partenaires institutionnels, communautaires et intersectoriels en début d'année 2010-2011.

LE PROGRAMME PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT

PRIORITÉS MINISTÉRIELLES

- Plan d'action 2005-2010 sur les services aux aînés en perte d'autonomie.

FAITS SAILLANTS

Le soutien à domicile

En 2009-2010, l'Agence a fait le suivi du plan d'action, déposé par le CSSS de Laval, concernant l'atteinte des cibles 2010. Le CSSS a mis en place plusieurs actions afin de desservir le nombre de personnes attendu. Il a réussi à desservir 7 751 personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Malgré les actions mises en place, l'objectif n'a pas été atteint dû à une transformation de la dispensation de services en particulier en ce qui concerne les prélèvements sanguins. Par ailleurs, la région de Laval offre une intensité de services supérieure à la cible ministérielle.

Le déploiement du « Réseau de services intégrés pour les personnes âgées » (RSIPA)

En 2009-2010, le déploiement du RSIPA a inclus les composantes suivantes : guichet unique, gestionnaires de cas (distincts des intervenants pivot du SAD), suivi des clientèles à risque et en perte d'autonomie légère et modérée via le service d'intervention préventive (SIP). Des délais à harmoniser les systèmes d'information provinciaux avec les systèmes d'information déjà développés à Laval retardent le déploiement du RSIPA dans notre région. A cet effet, l'Agence a déposé un plan régional pour coordonner l'action des différents acteurs.

Les services de répit aux proches aidants

L'Agence a continué de subventionner six projets de répit en soutien aux proches aidants, soit deux projets de halte-répit dans des organismes communautaires, deux projets de répits à domicile (courte et longue durée), de même que 6 places d'hébergement de répit. Des liens ont été créés entre les organismes qui offrent des projets répits et le CSSS de Laval afin de bien définir la hiérarchisation des services en lien avec le soutien aux proches aidants. Finalement, les proches aidants de la région ont pu bénéficier de 85 865 heures de répit pour 264 personnes différentes durant l'année 2009-2010.

L'hébergement

Les investissements en 2009-2010 ont principalement été orientés vers le développement et le maintien de places d'hébergement pour pallier au manque de places en hébergement à Laval. En effet, 75 nouvelles places ont été développées en ressources intermédiaires (RI). Par ailleurs, des projets novateurs en alternative à l'hébergement se sont poursuivis par le développement de 36 nouvelles places au sein du regroupement lavallois de chambres et pensions pour les personnes âgées.

Outre le développement et le maintien des places d'hébergement, deux autres actions ont été posées en 2009-2010. Le critère d'admission en CHSLD, basé sur le profil de capacités/incapacités de la personne combiné aux heures-soins requis, a été rehaussé de 2,8 à 3,0 heures soins. L'Agence demande aussi un processus d'admission 7 jours par semaine pour optimiser le taux d'occupation, particulièrement en CHSLD. L'Agence a mis en place deux comités. Un

comité se penchera sur le continuum RNI et l'autre sur le continuum en CHSLD dans le but de déposer des recommandations en décembre 2010 tant sur la reconfiguration que le développement de notre réseau d'hébergement pour s'ajuster aux besoins d'une population vieillissante.

LA CONTRIBUTION DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

L'Agence reconnaît et finance 16 organismes qui contribuent au maintien à domicile, au soutien et à l'intégration sociale des personnes et qui déploient différents services et activités en relation avec le programme-services Perte d'autonomie liée au vieillissement tels que : accueil, écoute, référence, accompagnement, repas à domicile (popotes roulantes), accompagnement-transport médical, téléphones et visites d'amitié, gamme d'activités collectives (sociales, culturelles, sportives et de loisirs), groupes d'échange et d'entraide, cuisines collectives, formation et bénévolat, soutien et répit aux proches aidants, soutien et accompagnement des aînés victimes d'abus, de violence et de négligence.

Voici le nombre de personnes jointes par les activités individuelles et les activités de groupe des organismes :

- 6 organismes d'aide et entraide de quartier offrant des services de repas à domicile (popote roulante), d'accompagnement-transport médical, de visites et téléphones de sécurité pour la clientèle en perte d'autonomie (Bonjour aujourd'hui et après inc., Centre de bénévolat de Laval inc, Centre d'entraide et de services communautaires du Marigot, Groupe d'Entraide La Rosée, Service bénévole d'entraide de Vimont-Auteuil et Centre S.C.A.M.A.) : 2 965 personnes rejointes;
- 4 centres communautaires pour aînés (Association pour aînés résidant à Laval, Centre communautaire le Rendez-vous des aînés Laval inc., Comité d'animation du troisième âge de Laval et Centre S.C.A.M.A) : 2 719 personnes rejointes;
- 1 organisme régional offrant une programmation diversifiée d'activités sportives, culturelles et sociales (Place des aînés de Laval) : 2 500 personnes rencontrées par semaine;
- 1 organisme de soutien et d'accompagnement des aînés victimes d'abus, de violence et de négligence (Dira Laval inc.) : 3 000 personnes rejointes;
- 1 organisme de soutien des personnes aidantes (Association des personnes aidantes) : 929 personnes rejointes;
- 1 organisme offrant une programmation d'animation-loisirs adaptés aux besoins des résidants en établissement et en résidences privées (Partage humanitaire) : 800 personnes rejointes;
- 1 organisme offrant des services d'accompagnement et de répit (Baluchon Alzheimer) : 129 personnes rejointes;
- 1 organisme offrant du soutien aux personnes touchées par la maladie d'Alzheimer et les proches (Société Alzheimer de Laval) : 3 758 personnes rejointes;
- 1 organisme regroupant les 10 popotes roulantes de Laval (Association des popotes roulantes de Laval).

* Le Centre S.C.A.M.A. a une double mission soit celle de centre communautaire et de centre d'entraide de quartier. Il est donc comptabilisé à deux endroits.

De plus, l'Agence finance des ententes de services avec des organismes dans la catégorie « Autres organismes en santé et services sociaux » :

- FADOQ
- La maison du Marigot
- Regroupement lavallois des chambres et pension pour personnes âgées

PERSPECTIVES 2010-2011

Le MSSS déposera prochainement ses directives concernant l'approche adaptée à la personne âgée en centre hospitalier. L'application de cette nouvelle approche permettra de mieux répondre aux besoins des personnes âgées hospitalisées et de prévenir l'apparition ou l'accentuation d'incapacités lors d'épisode de soins en centre hospitalier.

La poursuite du déploiement du réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA) sera une priorité, en particulier pour optimiser une organisation de services ajustée aux profils de capacités et d'incapacités des personnes en personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Une offre de service de réadaptation complémentaire sera un enjeu priorisé dans la prochaine année.

L'Agence poursuivra également le suivi des travaux débutés par le CSSS de Laval afin d'atteindre ses engagements en ce qui concerne le nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile.

Les résultats obtenus suite aux travaux des deux comités qui travaillent sur l'hébergement permettront de dégager des orientations régionales et d'élaborer des recommandations cliniques pour les prochaines années. Le suivi des plans d'action découlant des visites ministérielles sera accentué afin de poursuivre l'actualisation de l'approche milieu de vie en CHSLD. L'Agence devra travailler de concert

avec ses régions limitrophes afin de rendre plus fluide le rapatriement des clientèles en attente d'hébergement hors région.

LE PROGRAMME JEUNES EN DIFFICULTÉ

PRIORITÉS MINISTÉRIELLES

- Le développement des services de première ligne, notamment ceux s'adressant aux jeunes dont le signalement n'est pas retenu en protection.
- La diminution de la charge de cas et l'augmentation de l'intensité des services de deuxième ligne dispensés par les Centres jeunesse.

FAITS SAILLANTS

À l'automne 2009, le MSSS et l'Agence de Laval se sont concertés pour mettre sur pied une journée complète de présentation, d'appropriation et de réflexion à propos de l'offre de service 2007 2012 pour les jeunes en difficulté. Grâce à la collaboration du CSSS de Laval et du Centre jeunesse de Laval, les partenaires jeunesse ont pu apprécier la présentation du MSSS visant à bien saisir les particularités de l'offre de service à mettre en oeuvre, incluant un programme d'intervention en négligence, tout en permettant à chacun de contribuer à la vision des travaux régionaux déjà complétés, entrepris ou à venir par le biais d'ateliers de discussion pendant une partie de la journée.

La Stratégie d'action jeunesse, initiée par le Ministère en 2006, se poursuivra au moins jusqu'en 2014. Grâce à ce cadre d'action, l'Agence a soutenu financièrement diverses mesures, dont :

- L'équipe multidisciplinaire de deuxième niveau en santé mentale pour les jeunes suivis par le Centre jeunesse de Laval;
- le programme de qualification des jeunes visant leur insertion professionnelle dans le marché du travail.

D'autres enjeux régionaux se sont poursuivis :
La collaboration entre la Direction de la Famille-Enfance-Jeunesse du CSSS de Laval et la Commission scolaire de Laval (CSDL) pour la clientèle présentant un trouble de déficit de l'attention/hyperactivité TDAH;

- La participation aux formations nationales du programme Jeunes en difficulté, pour l'encadrement intensif et le projet de vie, notamment;
- Le suivi de la mise en oeuvre de la nouvelle Loi sur la protection de la jeunesse.

LA CONTRIBUTION DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES :

L'Agence reconnaît et finance 18 organismes qui déploient différents services et activités en lien avec le programme-services Jeunes en difficulté tels que : accueil, écoute, référence, soutien et accompagnement, sensibilisation et information, activités de prévention, groupes d'appartenance, formations thématiques et activités d'employabilité, animation et conférences et dépannage alimentaire. De plus, la région peut compter sur un organisme communautaire d'hébergement et neuf maisons de jeunes ou volets maisons de jeunes à l'intérieur des maisons de quartier. Voici le nombre de personnes jointes par les activités individuelles et les activités de groupe des organismes :

- 9 maisons de jeunes ou volets maisons de jeunes à l'intérieur d'organismes familles (Carrefour Jeunesse de Ste-Rose, Le Centre communautaire Val-Martin, Centre Défi-jeunesse de Saint-François, Les Maisons de quartier de Fabreville et Vimont, Les maisons des jeunes de Laval Ouest, L'Est de Laval, Sainte-Dorothée et du Marigot). : 1 739 jeunes rejoints
- 1 organisme d'hébergement communautaire jeunesse (Maison d'hébergement l'Envolée) : 23 jeunes rejoints
- 1 organisme de justice alternative (Mesures Alternatives jeunesse de Laval) : 837 jeunes rejoints
- 3 organismes offrant de l'information, du soutien et un milieu de vie pour les jeunes en difficulté (Le bureau de consultation jeunesse de Laval, Oasis, Unité mobile d'intervention et Travail de rue de l'Îles de Laval T.R.I.L.) : 14 022 rencontres (mêmes jeunes vus à plusieurs reprises)
- 2 organismes offrant du soutien et des activités de prévention du décrochage scolaire et d'insertion sociale et professionnelle (Diapason Jeunesse et Jeunes au travail): 162 personnes rejointes
- 2 organismes offrant du soutien aux familles et un milieu de vie pour des enfants en difficulté (Association québécoise des troubles d'apprentissage et Gymn-Eau Laval): 328 personnes rejointes.

PERSPECTIVES 2010-2011

Plusieurs formations émanant du Plan de formation national du programme Jeunes en difficulté seront offertes en 2010-2011, notamment celles pour les nouveaux intervenants en CSSS et en Centre jeunesse et pour les personnes assurant l'encadrement clinique. Nous procéderons au choix d'un programme régional d'intervention en négligence, éprouvé et reconnu par le MSSS, et à sa mise en oeuvre.

LE PROGRAMME DÉFICIENCE PHYSIQUE

PRIORITÉ MINISTÉRIELLE

- La mise en oeuvre du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience (2008-2011)*. Ce plan favorise l'accès et la continuité des services, tant pour les services de première ligne offerts au CSSS que les services spécialisés de réadaptation offerts par les établissements régionaux.

FAITS SAILLANTS

En 2009-2010, pour la mise en oeuvre du Plan d'accès, l'Agence a octroyé un budget de 1 135123 $, annualisé à 2 064636 $. De ces montants, le programme Déficience physique a bénéficié des ajouts suivants au niveau des services à la clientèle :

- Au CSSS de Laval, l'ajout de 1,5 professionnel pour la clientèle jeunesse et de 2,5 professionnels pour la clientèle adulte.
- À l'Hôpital juif de réadaptation, l'ajout de 4 professionnels, de 2 places en RNI pour des niveaux de priorité « urgent » et d'une place en RI de niveau 5,4.
- À l'Institut Raymond-Dewar, la récurrence pour un professionnel financé depuis 2001 afin de desservir la clientèle lavalloise.
- À l'Institut Nazareth et Louis-Braille, la récurrence pour un professionnel financé depuis 2001 afin de desservir la clientèle lavalloise.
- Certains organismes communautaires ont reçu une allocation récurrente afin de consolider les services offerts à la clientèle ayant une déficience physique.

En 2009-2010, le bilan du Plan directeur régional en traumatologie pour la région de Laval a été déposé au Ministère en ce qui a trait au volet traumatologie. Ce bilan rend compte des réalisations et de l'état d'avancement des cibles de développement et d'amélioration. Parallèlement, les travaux en vue de produire le plan directeur régional en traumatologie pour 2009-2012 ont connus du retard, afin de répondre au plan d'action de la pandémie, mais ils sont presque terminés.

Quant aux travaux visant à produire un projet régional d'organisation des services à l'intention des personnes victimes d'un traumatisme craniocérébral léger, ils ont permis de compléter un état de situation régional en lien avec cette clientèle. Le comité a travaillé à produire une trajectoire retenue pour la région et à formuler des objectifs en lien avec les cinq zones d'amélioration, le but étant de finaliser le projet pour le printemps 2010.

LA CONTRIBUTION DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

L'Agence reconnaît et finance neuf organismes qui déploient différents services et activités en relation avec le programme-services Déficience physique tels que : accueil, écoute, référence, soutien, sensibilisation et information, formations thématiques, activités sociales, culturelles, sportives et de loisirs, groupes d'échange et d'entraide, accompagnement et assistance, soutien et répit des proches aidants, soutien à l'admissibilité au transport adapté, services d'interprétariat pour les personnes vivant avec une surdité.

Voici le nombre de personnes jointes par les activités individuelles et les activités de groupe des organismes :

- 3 organismes d'aide et d'entraide pour la clientèle vivant avec une déficience physique (Association de la fibromyalgie de Laval, Association des personnes vivant avec une surdité de Laval, Association sclérose en plaques Laval): 410 personnes rejointes
- 4 organismes offrant du soutien aux proches aidants et un milieu de vie pour la clientèle vivant avec une déficience physique (Association des personnes aphasiques de Laval, Regroupement des organismes de promotion de personnes handicapées de Laval, Association Dysphasie +, et Association québécoise des traumatisés crâniens): 977 personnes rejointes
- 1 organisme offrant du soutien à l'admissibilité de la clientèle au transport adapté (Association lavalloise pour le transport adapté ALTA): 600 personnes rejointes
- 1 organisme offrant des services d'interprétariat pour les personnes vivant avec une surdité (Service d'interprétation visuelle et tactile du Montréal métropolitain SIVET) : 883 services à la clientèle lavalloise.

PERSPECTIVES 2010-2011

L'enjeu et la priorité majeure pour l'année 2010-2011 sont de terminer la mise en oeuvre du *Plan d'accès* pour la clientèle ayant une déficience physique pour favoriser l'accès tant pour les services de première ligne offerts par le CSSS de Laval que pour les services spécialisés de réadaptation offerts par les établissements régionaux. La hiérarchisation des services de première et deuxième ligne,

le respect des normes d'accès et la gestion intégrée de l'accès seront les travaux prioritaires dans la prochaine année.

L'adoption du *Plan directeur régional en traumatologie 2009-2012* et le début de sa mise en oeuvre sont prévus pour 2010-2011. L'adoption du Plan d'organisation des services pour les personnes victimes d'un traumatisme craniocérébral léger et son plan de mise en oeuvre sont également prévus dans la prochaine année. De plus, parmi les mesures identifiées au Plan directeur régional en traumatologie 2009-2012, la signature de l'entente interrégionale pour la clientèle blessée médullaire fait partie des priorités en 2010-2011. Parmi les travaux également en priorité, les services posthospitaliers en réadaptation fonctionnelle intensive en interne et les soins subaigus pour la clientèle lavalloise, dont ceux en entente avec la région de Montréal, seront au premier plan des travaux.

Le suivi de la banque régionale des aides techniques et l'application de son cadre de gestion seront également suivis rigoureusement en 2010-2011, à l'aide d'un comité de suivi, dans le but de s'assurer que la clientèle est bien desservie et que la banque régionale répond bien aux besoins.

LE PROGRAMME DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED

PRIORITÉS MINISTÉRIELLES

- La mise en oeuvre de la politique *De l'intégration sociale à la participation sociale (2001)* à l'intention des personnes ayant une déficience intellectuelle (DI).
- La mise en oeuvre du plan d'action Un geste porteur d'avenir (2003) à l'intention des personnes ayant un trouble envahissant du développement (TED).
- La mise en oeuvre du *Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience (2008-2011).* Ce plan favorise l'accès et la continuité des services, tant pour les services de première ligne offerts au CSSS que les services spécialisés de réadaptation offerts par les établissements régionaux.

FAITS SAILLANTS

En 2009-2010, pour la mise en oeuvre du Plan d'accès, l'Agence a octroyé un budget de 1 135 123 $, annualisé à 2 064 636 $. De ces montants, le programme Déficience intellectuelle et TED a bénéficié des ajouts suivants au niveau des services à la clientèle :

- Au CSSS de Laval, un ajout de 3 postes de professionnels et de 0,5. poste d'éducateur spécialisé;
- au CSSS de Laval, l'ajout de 1 poste de professionnel et de 2 postes d'éducateurs spécialisés en lien avec les travaux sur la hiérarchisation des services, pour le suivi de la clientèle de première ligne transférée par le CRDINL;
- au CRDI Normand-Laramée, l'ajout de 0,5 poste de professionnel et de 4,5 postes d'éducateurs spécialisés de même que 3 nouvelles places en RNI;
- certains organismes communautaires dédiés aux services pour les personnes ayant une DI ou un TED ont reçu une allocation pour des services de répit ou des activités pouvant servir de mesures d'appoint.

Le Système d'information sur les services aux personnes ayant une déficience (SIPAD) a été mis en oeuvre au CRDI Normand-Laramée. Une fois intégré, ce nouveau système aura un impact positif sur la gestion de l'accès, de la continuité et sur le suivi des services.

Le projet de consolidation et de spécialisation de la Résidence Louise-Vachon a été bonifié pour tenir compte du besoin d'hébergement des personnes présentant un trouble extrême du comportement (TEC) et pour inclure une offre de service d'appoint ou d'urgence auprès de cette clientèle vivant dans la communauté. L'actualisation d'une partie de cet important projet doit se faire au cours de l'année 2010.

CONTRIBUTION DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

L'Agence reconnaît et finance six organismes qui déploient différents services et activités en lien avec le programme-services Déficience intellectuelle et TED tels que : accueil, écoute, information, référence, sensibilisation, soutien et répit aux familles, activités de jour (sociales, culturelles, sportives et de loisirs), activités de préemployabilité, camps de jour, répits de fin de semaine, groupes d'échange et d'entraide et accompagnement en défense des droits.

Voici le nombre de personnes jointes par les activités individuelles et les activités de groupe des organismes :

- 3 organismes offrant du soutien, des activités d'intégration et un milieu de vie pour la clientèle vivant avec des déficiences multiples (Aide aux personnes âgées, défavorisées ou handicapées de Laval, Les Ateliers adaptés Stimul'arts et Corporation intégration à la vie active des personnes handicapées de Laval) : 143 personnes rejointes

- 1 organisme offrant du soutien aux familles et un milieu de vie pour la clientèle vivant avec une déficience intellectuelle (Association de Laval pour la déficience intellectuelle) : 250 personnes rejointes
- 2 organismes offrant du soutien aux familles et un milieu de vie pour la clientèle vivant avec un trouble envahissant du développement (Services du Chat botté de Laval et Société de l'autisme et des TED de Laval) : 250 personnes rejointes.

De plus, l'Agence finance des projets ponctuels d'un organisme dans la catégorie « Autres organismes en santé et services sociaux » :

- La halte l'OrchidBleue

PERSPECTIVES 2010-2011

La priorité demeure l'achèvement du déploiement du *Plan d'accès aux services* pour les personnes ayant une déficience principalement quant à la hiérarchisation des services de première et deuxième ligne, et au respect des normes d'accès et de la gestion intégrée de l'accès. De plus, le projet de la Résidence Louise-Vachon s'amorcera au courant de l'année.

LA DIRECTION DES AFFAIRES ADMINISTRATIVES

MOT DU DIRECTEUR

La Direction des affaires administratives a été impliquée au premier chef par la pandémie de grippe A(H1N1). Notre rôle à titre de responsable de la sécurité civile – mission santé a amené toute l'équipe à se mobiliser dans l'organisation des services à mettre en place afin de répondre aux besoins de la population. Nous avons consenti des efforts importants à la mise en oeuvre du plan régional de lutte à une pandémie d'influenza et à supporter les établissements au regard de leur plan local. Notre succès à joindre 56 % de la population lavalloise est attribuable en grande partie à la qualité extraordinaire de travail accompli par le CSSS de Laval et à la collaboration que nous avons entretenue avec nos multiples partenaires, dont les commissions scolaires, la Ville de Laval et les médecins des cliniques privées. Les liens privilégiés que nous avons avec les médias locaux ont permis de donner une information de qualité à la population. Durant la prochaine année, nous mettrons à jour nos plans de lutte à la pandémie en tentant compte de l'expérience vécue en 2009-2010.

L'autre grand dossier qui a retenu notre attention est la stratégie régionale de gestion de la main-d'oeuvre. Une pénurie sévit actuellement non seulement au niveau des professionnels, mais également chez le personnel administratif. Cette pénurie est exacerbée par l'augmentation de la clientèle des établissements de santé et le départ à la retraite des baby-boomers. Notre stratégie de main-d'oeuvre, adoptée durant l'exercice, vise à attirer et retenir le personnel dont la région a besoin. Les mesures proposées s'articulent autour de trois axes : la promotion des métiers et professions, l'attraction et la fidélisation de la main-d'oeuvre, et l'organisation du travail. Afin de mieux répondre à ce défi, la structure de la Direction a été modifiée et une fonction de coordination a été mise sur pied, laquelle veillera à l'implantation des actions découlant de la stratégie régionale de la main-d'oeuvre, dont une campagne promotionnelle débutant à l'automne 2010.

L'Agence a continué d'offrir, au personnel de la région, une gamme de formations allant de cours d'anglais à l'évaluation multiclientèle en passant par les interventions auprès des personnes âgées. Les formations ont été très fréquentées. Plusieurs membres du personnel d'encadrement ont également pris part à des groupes de réflexion en vue d'aborder des problématiques de gestion communes.

Nous avons également collaboré étroitement, grâce à notre équipe finances-réseau et immobilisations, à l'élaboration de projets d'importance tel le Centre intégré de cancérologie de Laval, le Centre intégré aux services de l'ouest de l'ile, le projet d'ajout de 40 lits de courte durée à l'hôpital de la Cité-de-la-Santé et le projet de rénovation du CHSLD Ste-Dorothée, pour n'en nommer que quelques-uns.

En outre, l'absence de plan d'investissement en 20009-2010 a nécessité une gestion encore plus rigoureuse des fonds disponibles pour permettre de maintenir un niveau de disponibilité budgétaire nécessaire pour pallier aux besoins de la région.

M. Yves St-Onge
Directeur des affaires administratives

LE PROGRAMME ADMINISTRATION ET SOUTIEN

LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'OEUVRE RÉSEAU

La structure de la Direction des affaires administratives a été modifiée pour cibler l'importance des travaux à mettre en place en matière de gestion prévisionnelle et de développement de la main-d'oeuvre du réseau de la santé et des services sociaux de Laval. Une nouvelle coordination a donc été mise en place afin de réaliser ces mandats.

Le portrait détaillé des effectifs de la région au 31 mars 2009 permettait de faire ressortir les problématiques parmi les titres d'emploi jugés vulnérables dans la région de Laval et justifiait l'élaboration d'une stratégie de gestion de la main-d'oeuvre portant sur trois axes d'intervention, soit :

- La promotion des métiers et professions;
- l'attraction et la fidélisation de la main-d'oeuvre;
- l'organisation du travail.

La stratégie ayant été entérinée par le conseil d'administration le 22 mars 2010, les activités de la compagne promotionnelle se dérouleront de l'automne 2010 jusqu'en 2011.

Plusieurs projets de réorganisation du travail ont été mis en place ou se sont poursuivis en 2009-2010, soit :

- Projet en médecine-chirurgie du CSSS de Laval (prolongation au 31 octobre 2010);
- projet en lien avec la clientèle PALV;
- projet d'introduction de l'infirmière auxiliaire au bloc opératoire du CSSS de Laval;
- projet d'introduction de l'infirmière auxiliaire en maintien à domicile;
- projet de réorganisation des prélèvements à domicile et transfert au département de biologie médicale;
- intégration de deux infirmières praticiennes spécialisées en première ligne au CSSS de Laval.

LE DÉVELOPPEMENT ET LE MAINTIEN DES COMPÉTENCES DU PERSONNEL RÉSEAU

Continuant son rôle de concertation au niveau régional, le Comité régional de développement du personnel réseau (CRDPR) s'est réuni à deux reprises au cours de l'année afin de consolider la concertation entre les établissements au sujet du développement du personnel salarié.

Diverses formations ont été offertes, bien que la pandémie de la grippe A (H1N1) ait quelque peu ralenti les activités. La formation sur la langue anglaise connaît toujours un franc succès, année après année. Mentionnons une nouvelle formation offerte aux infirmières auxiliaires afin de les habiliter à ce qu'elles puissent contribuer à la thérapie intraveineuse.

Certaines formations perdurent. La formation « Outil d'évaluation multiclientèle » (OEMC) est offerte depuis sept ans, et la formation « Plan de service individualisé » (PSI), depuis quatre ans.

L'ensemble des activités de formation offertes au personnel, pour certaines en appui aux orientations ministérielles, sont énumérées ci-après :

Tableau 14. Développement du personnel syndiqué

TITRE DE LA FORMATION	PARTICIPATION
Actifs + Réseau / Volet équipement médical	4 participants
Actifs + Réseau / Volet immobilier	12 participants
Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement	21 groupes – 290 participants
Intervention de première ligne en dépendance jeunesse	Formation ½ jour - 8 groupes 153 participants – Formation 1 jour – 7 groupes 112 participants.
Diversité culturelle	6 formations – 83 participants
Les facteurs humains en relation avec la sécurité des patients (ErroMed)	2 groupes – 35 participants
Hygiène et salubrité	2 groupes – 22 participants
Jeunes en difficulté	14 participants
Langue anglaise – Cours de base et suivis	9 groupes – 93 participants
Loi 49	À Saint-Jérôme – 4 participants
Outil d'évaluation multiclientèle (OEMC)	2 formations – 28 participants
Agir auprès de la personne âgée (aux préposé (e)s, aux bénéficiaires)	17 groupes – 187 formateurs régionaux
Pandémie	Tout le personnel en santé et services sociaux a eu la possibilité d'accéder à une formation en ligne (sur le Web)
Projet de vie	Formation 2 jours – 3 groupes – 46 participants
Plans de services individualisés (PSI)	2 formations – 34 participants
Contribution des infirmières auxiliaires à la thérapie intraveineuse	4 groupes – 40 participants
Programme de prévention de la violence dans les relations amoureuses chez les jeunes (VIRAJ)	Formation 2 jours – 20 participants.

LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES DU PERSONNEL D'ENCADREMENT

En 2009-2010, le personnel d'encadrement des établissements de la région de Laval a participé à diverses activités de développement. Tout comme l'an passé, un groupe de codéveloppement régional a permis à cinq cadres de différents établissements de se rencontrer pour aborder des problématiques de gestion. Animées par une professionnelle du codéveloppement, les rencontres du groupe ont pris fin en mai 2010.

Les cadres du réseau lavallois ont également pu participer à des formations à la carte. Ces formations portaient sur l'« Approche responsabilisante des personnes au travail », la « Communication et influence » ainsi que sur le « Leadership dans un contexte de mouvance ». Une quinzaine de personnes ont participé à chacune de ces formations.

Quant au microprogramme de l'Université Laval, 63 personnes y ont participé. Certaines d'entre elles sont des cadres déjà à l'emploi des établissements, mais la majorité faisait partie de la relève cadre. Ce microprogramme, qui a commencé en 2008, devrait prendre fin à l'été 2010 pour la plupart des participants.

Tableau 15. Développement du personnel cadre

TITRE DE LA FORMATION	PARTICIPATION
Codéveloppement	4 rencontres – 5 participants
Leadership dans un contexte de mouvance (formation à la carte)	10 participants
Communication et influence (formation à la carte)	13 participants
Approche responsabilisante des personnes au travail (formation à la carte)	14 participants

LA PRÉSENCE AU TRAVAIL

Les mesures incitatives transitoires ont été à nouveau appliquées en 2009-2010. Celles-ci permettaient de faciliter une disponibilité et une présence optimale au travail sur les quarts de soir, de nuit et de fin de semaine et visaient le personnel en soins infirmiers et cardiorespiratoires, les préposé (e)s aux bénéficiaires et les professionnel (le)s et technicien (ne)s de la santé et des services sociaux.

La répartition de l'enveloppe budgétaire n'a cependant pas permis de combler tous les besoins des établissements de la région.

Tableau 16. Mesures incitatives

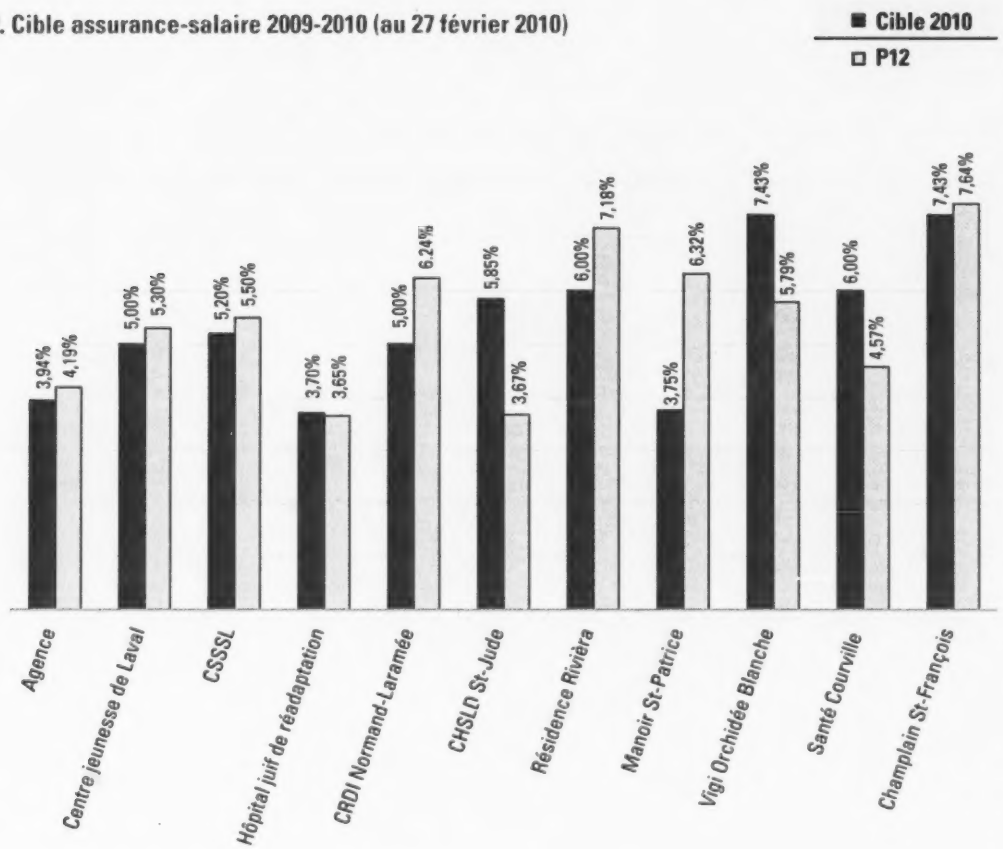
MESURES INCITATIVES
RÉPARTITION DE L'ENVELOPPE BUDGÉTAIRE 2009-2010

	Catégorie des soins infirmiers et cardiorespiratoires (catégorie I)		Professionnels et techniciens de la santé et des services sociaux (catégorie IV)	
	Allocation par l'Agence	**Dépenses réelles**	**Allocation par l'Agence**	**Dépenses réelles**
CSSS de Laval	108 190 $	139 385 $	3 125 $	3 125 $
Hôpital juif de réadaptation	4 193 $	4 067 $		
CHSLD Vigi l'Orchidée blanche	2 293 $	2 256 $		
CHSLD Saint-Jude	3 538 $	3 538 $		
Centre hébergement Saint-François	630 $	756 $		
Manoir Saint-Patrice	2 293 $	2 906 $		
Santé Courville de Laval	786 $	786 $		
Résidence Riviera	2 280 $	2 555 $		
CRDI Normand-Laramée	1 497 $	1 887 $		
TOTAL	**125 700 $**	**158 136 $**	**3 125 $**	**3 125 $**

L'un des axes importants en matière de gestion de la main-d'oeuvre porte sur l'évolution de l'absentéisme. Pour ce faire, un suivi régulier de l'indicateur sur le ratio entre le nombre d'heures en assurance-salaire et le nombre d'heures travaillées a été effectué.

Commentaires
La cible régionale 2009-2010, fixée à 5,26, n'a pu être atteinte. Au 27 février 2010, l'ensemble des établissements de la région atteignait 5,39 comparativement à 5,29 en 2008-2009. L'augmentation des cas d'invalidité de nature physique, renfermant un taux de gravité élevé, explique en partie ce résultat. S'y ajoutent les besoins accrus de la clientèle et la pénurie de main-d'oeuvre générant chez le personnel à l'emploi des établissements un niveau de stress accru. Des efforts sont par ailleurs déployés par les établissements qui dépassent leur cible. Par conséquent, ces établissements se dotent d'un plan d'action pour améliorer leur performance.

Graphique 2. Cible assurance-salaire 2009-2010 (au 27 février 2010)



Les résultats attendus des plans d'action sont essentiellement de diminuer le nombre et la durée des dossiers d'invalidité et d'accidents du travail, de promouvoir une philosophie du style « Entreprise en santé » favorisant la prévention en santé et sécurité au travail, l'acquisition de saines habitudes de vie et de saines pratiques de gestion.

LES HEURES SUPPLÉMENTAIRES

Le deuxième axe suivi par l'Agence portait sur l'évolution des heures supplémentaires par le personnel infirmier et l'utilisation de la main-d'oeuvre indépendante, celle-ci pouvant affecter la qualité des services offerts à la population.

Le résultat du CSSS de Laval (4,52 %) en matière d'heures supplémentaires du personnel infirmier est considéré comme performant puisqu'il est en deçà de la cible fixée (4,93 %). Plusieurs projets d'organisation du travail ont été mis en place entraînant une révision des processus et l'intégration d'infirmières auxiliaires, ce qui a permis de limiter le temps supplémentaire.

Nous avons par ailleurs la particularité d'avoir six CHSLD privés conventionnés représentant 5,22 % des heures travaillées.

En tenant compte des résultats au 27 février 2010, tous se situent au-dessus de leur cible :

- CHSLD Saint-Jude 5,51 % (cible : 3,51)
- CHSLD Résidence Riviera 5,36 % (cible : 3,51)
- CHSLD Manoir Saint-Patrice 7,64 % (cible : 3,51)
- CHSLD Vigi l'Orchidée blanche 4,69 % (cible : 3,51)
- CHSLD Santé Courville 2,59 % (cible : 2,00)
- CHSLD Champlain Saint-François 5,36 % (cible : 2,10)

La difficulté de recrutement en CHSLD de même que la rétention des nouvelles personnes embauchées expliquent en partie les résultats.

LA MAIN-D'OEUVRE INDÉPENDANTE

La main-d'oeuvre indépendante représente un enjeu majeur en soins infirmiers. Seuls deux établissements rencontrent leur cible, soit Santé Courville qui n'utilise aucune main-d'oeuvre indépendante et le CHSLD Saint-Jude. Les données au 27 février 2010 en font foi. On doit interpréter ces pourcentages avec prudence, car le nombre d'infirmières est très restreint dans ces établissements et leur capacité d'attraction et de rétention présente un niveau de difficulté accru dans un marché très concurrentiel.

- CHSLD Saint-Jude 9,66 % (cible : 14,90)
- CHSLD Résidence Riviera 25,04 % (cible : 14,90)
- CHSLD Manoir Saint-Patrice 15,84 % (cible : 14,90)
- CHSLD Vigi l'Orchidée blanche 40,80 % (cible : 14,90)
- CHSLD Santé Courville 0,0 % (cible : 14,90)
- CHSLD Champlain Saint-François 61,21 % (cible : 14,90)

Le CSSS de Laval dont la cible était à 6,32 % a eu pour résultat 9,12 % au 31 mars 2010, notamment en raison du taux de roulement élevé, du taux de congés parentaux et des départs à la retraite. Un plan d'action misant sur la réduction de 30 % de la main-d'oeuvre indépendante aura des effets davantage en 2010-2011.

LES RESSOURCES INFORMATIONNELLES RÉGIONALES

Le domaine des ressources informationnelles exige la prise de décisions qui nécessitent une sélection parmi plusieurs options possibles que ce soit en matière de matériels, de logiciels, de programmation, de modes de communication, de définitions de données, d'accès et d'organisation ergonomique.

En 2009-2010, plusieurs projets ont été mis de l'avant, tant au Technocentre qu'au Bureau de gestion de projets régionaux :

- L'implantation et le soutien de la nouvelle centrale téléphonique Info-Santé;
- La migration MPLS du RTSS et le passage des GMF à un accès Internet plus performant (Vidéotron);
- L'implantation au Centre de réadaptation Normand-Laramée du système d'information pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et physique (SIPAD);
- La migration des infrastructures de télécommunication (RTSS) de la région au nouveau réseau RITM (en cours);
- Le développement d'outils de prise de décision (BI/intelligence d'affaires);
  - Entrepôt de données première ligne
  - Tableaux de bord
- Le développement du nouveau Portail régional;
  - Déploiement au Centre jeunesse de Laval
  - Autres établissements à venir
- La refonte de la plateforme du système clinique « Repère » (ancien SI-PRSI) en .net;
- Le passage de l'IPM (HNS) de la version 1 à la version 2;
- La coordination des systèmes d'information régionaux (pilotage, formation, déploiement et soutien à l'utilisation);
  - Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)
  - Système clinique Repère
  - Info-Santé Web
  - SICHELD
  - I-CLSC
  - Index patients maître
  - Clinique médicale virtuelle (CMV)
  - Portail régional

Pour la mise en place de projets en ressources informationnelles, une somme de 3 255 327 $ a été allouée pour les projets suivants :

Non récurrent

PACS - DSQ

- Financement MSSS 1 849 651 $
- Financement régional additionnel 1 183 904 $

Portail régional 75 917 $

Récurrent

Consolidation du Technocentre régional

- 1 technicien pour le projet régional SIPAD
- 1 officier régional en sécurité des actifs 143 855 $

Sécurité civile – Mission Santé
La sécurité civile est l'ensemble des actions et des moyens mis en place à tous les niveaux de la société, par mission, afin de connaître les risques, de prévenir les sinistres, d'en limiter les conséquences néfastes sur la population, les biens et l'environnement et de favoriser le retour à la vie normale.

Dans le cadre de la Mission santé de la sécurité civile, le réseau doit s'assurer qu'en cas de sinistre, il puisse offrir à toutes les personnes touchées les services de santé et les services sociaux que leur état requiert, ceci dans un contexte le plus favorable possible, tant pour la population que pour le personnel.

L'Agence est responsable de la Mission santé au niveau régional. Par conséquent, elle doit assumer un leadership ainsi que la coordination régionale des interventions du réseau de la santé lavallois.

Pour l'année 2009-2010, deux principaux dossiers ont retenu l'attention et la mobilisation de la Mission santé, soit la pandémie d'influenza et l'Opération Haïti.

Pandémie d'influenza
L'intervention reliée à la pandémie d'influenza s'est effectuée en deux vagues. La première vague, d'avril à juin 2009, a permis de constater certains manques ou retards dans la planification des interventions reliées au plan de pandémie et d'y apporter les correctifs afin d'être prêts pour la deuxième vague. L'arrivée de la pandémie a permis de former la majorité du personnel du réseau de la santé, tant public que privé, sur les différentes mesures de prévention à appliquer pour réduire l'impact de la pandémie.

La deuxième vague a débuté au début du mois d'octobre pour se terminer à la fin du mois de décembre. Une multitude d'actions fut entreprise durant cette période afin de répondre aux différents besoins dont l'ouverture d'une clinique de grippe et la vaccination massive qui a permis de vacciner environ 56 % de la population lavalloise.

La mobilisation du réseau et de ses partenaires a permis de répondre efficacement aux différentes demandes et de développer des liens qui pourront n'être que bénéfiques pour le futur.

Opération Haïti
Le tremblement de terre survenu le 12 janvier 2010 en Haïti a nécessité une intervention dans la région lavalloise. En effet, l'Agence a mobilisé l'équipe d'intervention d'urgence psychosociale afin de répondre aux besoins psychosociaux des personnes rapatriées, mais également des Lavallois d'origine haïtienne qui étaient sans nouvelles ou qui ont perdu des parents ou amis lors du sinistre. Des rencontres de groupes ainsi que des suivis individuels ont été offerts dans un centre multiservices mis en place dans les locaux du Centre Défi-Jeunesse/ Maison des jeunes de Saint-François pour la période de février et mars 2010.

LE PROGRAMME GESTION DES BÂTIMENTS ET ÉQUIPEMENTS

IMMOBILISATIONS ET ÉQUIPEMENTS – RÉSEAU

Pour l'exercice financier 2009-2010, le Ministère et l'Agence ont alloué les enveloppes budgétaires suivantes :

RÉNOVATIONS FONCTIONNELLES MINEURES AUTRES QUE CHSLD :

Une somme non récurrente de 2 088 516 $
- 1 471 825 $: pour l'agrandissement et/ou réaménagement de la pharmacie, des bâtiments modulaires administratifs, de la salle de préparation d'angiographie, des laboratoires en pathologie, de la salle d'enseignement en hémodialyse nocturne, des portes au 5e ES et 5e EN, d'une unité de soins, de deux civières pour la salle de réveil et du centre de diabète au CSSS de Laval;
- 144 776 $: pour l'installation d'une hotte à vapeur et pour l'amorce du projet « Pavillon pédiatrique » à l'Hôpital juif de réadaptation;
- 367 250 $: pour le réaménagement des espaces extérieurs au Centre Cartier et des travaux au 304 Cartier pour le Service Enfant, famille et étincelle (CRDINL) au Centre jeunesse de Laval;
- 29 665 $: pour la sortie extérieure et la terrasse de l'unité le Carrousel au CRDI Normand- Laramée;
- 75 000 $: alloué par le Ministère à titre de frais de gestion à l'Agence.

RÉNOVATIONS FONCTIONNELLES MINEURES EN CHSLD :

Une somme non récurrente de 1 300 000 $
Couvrant les exercices 2009-2010

- 580 000 $: pour l'insonorisation de trois chambres dédiées aux clients avec problèmes perturbateurs et sécurisation des patios berçants sur la terrasse au CH Rose-de-Lima; installation de bracelets antifugue avec accessoires au CH La Pinière; rénovation de sept sal les de bains incluant trois bains au CH Idola-Saint-Jean; installation d'un mécanisme d'ouverture automatique des portes des balcons, installation d'un système antifugue et de serrures à codes au CH Fernand-Larocque au CSSS de Laval.
- 26 000 $: pour l'aménagement des postes infirmiers au CH Champlain – Saint-François.
- 90 209 $: pour l'aménagement de dépôts réfrigérés et installation de lève-personnes sur rails au Manoir Saint-Patrice.
- 405 541 $: pour l'agrandissement des salons et l'aménagement de cuisinettes et mise à niveau des salles de bain au CHSLD Saint-Jude.
- 63 250 $: pour le réaménagement de quatre salles de bain et l'amélioration de l'accessibilité pour les résidents à mobilité réduite à la Résidence Riviera.
- 135 000 $: pour la déshumidification de la salle à manger et le réaménagement du salon et de la salle à manger au CHSLD Vigi l'Orchidée blanche.

MAINTIEN DES ACTIFS IMMOBILIERS :

Une somme récurrente de 6 710 756 $

Dans le cadre du Plan triennal, les sommes suivantes ont été allouées comme suit :

- 3 852 681 $ ..... CSSS de Laval
- 536 758 $ ..... Hôpital juif de réadaptation
- 1 287 673 $ ..... Centre jeunesse de Laval
- 127 610 $ ..... CRDI Normand-Laramée
- 189 596 $ ..... CHSLD Vigi l'Orchidée blanche
- 45 362 $ ..... Résidence Riviera
- 671 076 $ ..... Enveloppe régionale de 10 % tel que prescrit

MAINTIEN DES ACTIFS – ÉQUIPEMENTS

Équipement médical :
Une somme récurrente de 6 286 345 $

- 5 191 466 $ ..... CSSS de Laval
- 236 175 $ ..... Hôpital juif de réadaptation
- 62 924 $ ..... Centre jeunesse de Laval
- 32 140 $ ..... CRDI Normand-Laramée
- 33 558 $ ..... CHSLD Vigi l'Orchidée blanche
- 68 361 $ ..... Résidence Riviera
- 661 721 $ ..... Réserve régionale : PACS et IRM

Équipement non médical et mobilier :
Une somme récurrente de 1 742 354 $

- 1 038 320 $ ..... CSSS de Laval
- 114 477 $ ..... Hôpital juif de réadaptation
- 277 709 $ ..... Centre jeunesse de Laval
- 90 850 $ ..... CRDI Normand-Laramée
- 25 374 $ ..... CHSLD Vigi l'Orchidée blanche
- 21 389 $ ..... Résidence Riviera
- 174 235 $ ..... Réserve régionale

Lits électriques :
Une somme non récurrente de 336 000 $

- 87 000 $ ..... Établissements publics
- 249 000 $ ..... Établissements privés conventionnés

Actifs informationnels
Une somme récurrente de 931 021 $

- 567 662 $ ..... CSSS de Laval
- 78 068 $ ..... Hôpital juif de réadaptation
- 83 222 $ ..... Centre jeunesse de Laval
- 51 918 $ ..... CRDI Normand-Laramée
- 4 390 $ ..... CHSLD Vigi l'Orchidée blanche
- 6 108 $ ..... Résidence Riviera
- 35 000 $ ..... Agence de Laval
- 104 653 $ ..... Enveloppe régionale

Développement – Équipements
Ajout d'équipement médical en consolidation
Une somme non récurrente de 296 438 $

- 278 438 $ ..... CSSS de Laval
- 18 000 $ ..... Hôpital juif de réadaptation

Équipements - Dépenses capitalisables
Une somme non récurrente de 951 100 $

- 659 150 $ ..... CSSS de Laval
- 53 405 $ ..... Hôpital juif de réadaptation
- 183 254 $ ..... Centre jeunesse de Laval
- 55 291 $ ..... CRDI Normand-Laramée

ENVELOPPES AIDES TECHNIQUES

Une somme non récurrente de 462 595 $
Achat d'appareils diagnostiques à domicile et aides techniques à la vie quotidienne et à la vie domestique.

AUTRES PROJETS

Systèmes automatisés et robotisés de distribution de médicaments (SARDM)
Une somme non récurrente de 415 964 $

Équipements de technologie biomédicale pour le CSSS de Laval
Petits équipements en soins infirmiers
Une somme non récurrente de 333 800 $

La somme est répartie entre les établissements publics et privés conventionnés.

BILAN DE L'ENTENTE DE GESTION 2009-2010

RÉSUMÉ DU BILAN DE SUIVI DE GESTION RÉGIONAL 2009-2010		PÉRIODE UTILISÉE POUR PROJECTION	VALEUR CUMULATIVE PROJETÉE	ENG. DÉB. 2009 -2010	% ENG. DÉB.	SEUIL 2009 -2010	CIBLE 2010	% CIBLE 2010
	INDICATEUR							
SANTÉ PUBLIQUE	1.1.12 Proportion de femmes nouvellement inscrites aux Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) au cours de l'année financière 2009-2010	13	74,8	80,0	93,5	ND	80,0	93,5
	1.1.13 Proportion d'écoles qui intègrent l'approche École en santé	13	38,5	48,0	80,2	ND	Aug.	NA
	1.1.14 Proportion des enfants recevant en CSSS leur 1re dose de vaccin conjugué contre le DCaT-Polio-Hib (Pentacel) à l'intérieur d'une semaine du moment prévu au calendrier régulier du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)	13	68,6	75,0	91,5	ND	75,0	91,5
	1.1.15 Proportion des enfants recevant en CSSS leur 1re dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C à l'intérieur d'une semaine du moment prévu au calendrier régulier du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ)	13	58,1	75,0	77,5	ND	75,0	77,5
	1.1.16 Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccin conjugué contre le pneumocoque dans les délais	13	70,2	75,0	93,6	ND	75,0	93,6
	1.1.17 Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	13	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	1.1.18 Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	13	0,0	100,0	0,0	100,0	100,0	0,0
SERVICES GÉNÉRAUX	1.2.2 Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	13	2 052	1 531	134,0	ND	Aug.	NA
	1.2.3 Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	13	2,93	3,90	75,1	3,86	Aug.	NA

	INDICATEUR	PÉRIODE UTILISÉE POUR PROJECTION	VALEUR CUMULATIVE PROJETÉE	ENG. DÉB. 2009 -2010	% ENG. DÉB.	SEUIL 2009 -2010	CIBLE 2010	% CIBLE 2010
PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT	1.3.1 Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	13	8 080	9 228	87,5	8 652	9 228	87,5
	1.3.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	13	36,31	24,00	151,2	19,00	24,00	151,2
	1.3.3 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	13	3 003	3 000	100,1	2 800	3 000	100,1
	1.3.4 Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	13	0,216	0,210	102,7	0,190	0,230	93,7
DÉFICIENCE PHYSIQUE	1.4.1 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	13	1 815	2 100	86,4	2 525	2 685	67,5
	1.4.2 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	13	47,12	38,00	124,0	14,47	21,47	219,4
	1.4.3 Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	13	362	432	83,7	302	552	65,5
	1.4.8 Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation	13	3 425	3 831	89,4	NA	3 124	109,6
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED	1.5.11 Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	13	1 208	747	161,7	416	497	243,0
	1.5.12 Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DI-TED)	13	10,8	12,0	90,3	6,5	12,0	90,3
	1.5.13 Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	13	824	700	117,7	449	532	154,8
JEUNES EN DIFFICULTÉ	1.6.1 Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	13	5 085	5 641	90,1	4 513	5 641	90,1
	1.6.2 Nombre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	13	6,92	7,00	98,8	6,00	7,00	98,8
	1.6.4 Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	13	10,79	12,00	110,0	NA	12,00	110,0
	1.6.5 Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	13	13,3	20,0	133,7	NA	30,0	155,8
	1.6.7 Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA	13	9,57	14,00	131,6	14,00	14,00	131,6

	INDICATEUR	PÉRIODE UTILISÉE POUR PROJECTION	VALEUR CUMULATIVE PROJETÉE	ENG. DÉB. 2009 -2010	% ENG. DÉB.	SEUIL 2009 -2010	CIBLE 2010	% CIBLE 2010
DÉPENDANCES	1.7.2 Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	13	189	311	60,7	297	446	42,3
SANTÉ MENTALE	1.8.5 Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	13	95	338	28,1	714	714	42,3
	1.8.6 Nombre de places en services de suivi intensif pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	13	72	100	71,7	210	210	34,1
	1.8.7 Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	13	16,58	15,00	89,4	NA	12,00	61,7
	1.8.8 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	13	3,31	2,87	84,6	NA	0,00	NA
	1.8.9 Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	13	3 612	3 655	98,8	6 613	6 613	54,6
	1.8.10 Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	13	17	0	ND	NA	0	NA
SANTÉ PHYSIQUE	1.1.11A Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSGS	13	100,00	100,00	100,0	100,00	100,00	100,0
	1.1.11B Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETC) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales-CHSLD	13	42,86	100,00	42,8	100,00	100,00	42,8
	1.9.1 Séjour moyen sur civière	13	18,78	16,70	87,5	NA	12,00	43,4
	1.9.2 Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	13	22,50	18,00	74,9	NA	12,00	12,4
	1.9.3 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	13	4,49	2,60	27,4	NA	0,00	NA
	1.9.4 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	13	7,06	4,20	31,9	NA	0,00	NA
	1.9.5 Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	13	451	859	52,5	978	1 174	38,4
	1.9.6 Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	13	20,68	16,00	129,2	14,00	16,00	129,2
	1.9.8A Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie A	13	100,00	100,00	100,0	100,00	100,00	100,0

	INDICATEUR	PÉRIODE UTILISÉE POUR PROJECTION	VALEUR CUMULATIVE PROJETÉE	ENG. DÉB. 2009 -2010	% ENG. DÉB.	SEUIL 2009 -2010	CIBLE 2010	% CIBLE 2010
SANTÉ PHYSIQUE	1.9.8B Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie - Catégorie B	13	100,00	90,00	111,1	75,00	90,00	111,1
	1.9.11 Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	13	78	96	81,2	91	Aug.	NA
	1.9.12 Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	13	202	135	149,6	131	Aug.	NA
	1.9.13 Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	13	2 734	2 000	136,7	1 367	Aug.	NA
	1.9.14 Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	13	7 162	7 280	98,3	5 911	Aug.	NA
	1.9.15 Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	13	5 186	4 849	106,9	4 402	Aug.	NA
	1.9.20 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	13	52,70	90,00	58,5	90,00	NA	NA
	1.9.21 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	13	58,91	90,00	65,4	90,00	NA	NA
	1.9.22 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	13	94,84	90,00	105,3	90,00	NA	NA
	1.9.23 Nombre d'endoscopies totales réalisées	13	17 117	17 143	99,8			
HYGIÈNE ET SALUBRITÉ	2.2.2A Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité-Répertoire	13	94,9	100,0	94,9	NA	100,0	94,9
	2.2.2B Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité-Catégorisation	13	94,1	100,0	94,0	NA	100,0	94,0
	2.2.2C Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité-Accord responsable	13	91,5	100,0	91,5	NA	100,0	91,5
	2.2.2D Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité-Accord c/a	13	87,3	100,0	87,2	NA	100,0	87,2
	2.2.2E Pourcentage d'établissements ayant appliqué les lignes directrices en hygiène et salubrité-Désignation resp.	13	86,4	100,0	86,4	NA	100,0	86,4
GESTION DE LA MAIN D'ŒUVRE	3.1 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	13	5,41	5,26	97,0	NA	5,26	97,0
	3.2 Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec le temps supplémentaire du personnel infirmier	13	57,14	75,00	76,1	NA	100,00	57,1
	3.3 Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec la main-d'œuvre indépendante du personnel infirmier	13	42,86	50,00	85,7	NA	100,00	42,8
	3.4 Pourcentage de postes à temps complet régulier (TCR) pour les infirmières tel que mesuré à partir de la structure de postes des établissements	13	52,2	55,0	94,9	NA	NA	NA

BILAN DE SUIVI DE GESTION DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ À LA FIN DE LA TREIZIÈME PÉRIODE FINANCIÈRE 2009-2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe : Santé publique
Objectifs de résultats 2005-2010 : Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

INDICATEUR		Résultats[1] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[2] 2009-2010
1.1.11	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmière (ETP) affectée au programme de prévention des infections nosocomiales	95 % CHCD 14,29 % CHSLD	100 % CHCD 100 % CHSLD	100 % CHCD 42,86/100 % CHSLD

COMMENTAIRES
La cible régionale en CHCD et en CHSLD est atteinte.

L'ensemble des établissements de la région respecte le ratio recommandé d'infirmière affectée au programme de prévention des infections nosocomiales. Malgré certains efforts pour rectifier la problématique de saisie de données, celle-ci persiste toujours. Le CSSS de Laval offre le service de prévention par l'entremise d'une équipe régionale qui dessert l'ensemble des établissements.

[1]Résultats en date du 31 mars 2009 (P-13)
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe : Santé publique
Objectifs de résultats 2005-2010 : Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité.

INDICATEUR		Résultats[1] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[2] 2009-2010
1.1.11	Proportion de femmes nouvellement inscrites aux Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) et ayant accouché au cours de l'année financière 2009-2010	65,5 %	80 %*	74,8

COMMENTAIRES
La cible régionale est pratiquement atteinte (93,5 %).

En 2009-2010, l'établissement a vu la majorité des infirmières œuvrant en SIPPE rapatriées pour les activités de la pandémie, ce qui a pu jouer sur les résultats obtenus, malgré cela, différents moyens ont été mis en place pour améliorer la situation au cours de l'année. D'une part, un travail important a été effectué au niveau du recrutement, de l'embauche et la rétention de nouveau personnel infirmier. La planification de la main d'œuvre est une priorité organisationnelle, l'établissement prévoit poursuivre dans ce sens et consolider l'équipe de travail à l'automne. D'autre part, depuis janvier 2010, toutes les demandes en SIPPE sont centralisées à une seule personne ce qui en facilite le traitement et l'assignation et, une supervision systématique des charges de cas a été instaurée pour assurer une prise en charge optimale des dossiers.

L'établissement espère maintenir cette proportion en poursuivant ses activités :
- de démarchage auprès des organismes travaillant avec les familles SIPPE – Système de marrainage entre intervenants et organismes communautaires subventionnés pour les activités PSJP
- de mise en place d'un comité de suivi de concertation regroupant des intervenants à l'accompagnement des familles et les organismes communautaires subventionnés pour des activités PSJP
- de mise en place d'un comité d'optimisation pour définir les normes et pratiques des intervenants psychosociaux afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience, ce qui peut aussi expliquer, en partie, l'augmentation significative des résultats à la période 13.

[1]Résultats en date du 31 mars 2009 (P-13)
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe : Santé publique
Objectifs de résultats 2005-2010 : Implanter l'approche « École en santé » dans les écoles, et ce, en partenariat avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires de la communauté.

INDICATEUR		Résultats[1] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[2] 2009-2010
1.1.11	Proportion d'écoles qui implantent l'approche « École en santé »	44 %*	48 %	38,5 %

COMMENTAIRES
Selon les données disponibles, voici le portrait du déploiement planifié en 2009-2010.

Proportion d'écoles adhérant à EES

CSDL :	30/53 écoles primaires	=	57 %
	6/13 écoles secondaires	=	46 %
TOTAL CSDL :	36/66	=	55 %
CSSWL :	6/11 écoles primaires	=	54 %
	1/5 écoles secondaires	=	20 %
TOTAL CSSWL :	7/16	=	44 %
GRAND TOTAL		=	52 %

La différence réside dans le dénominateur de l'indicateur. Les statistiques pour l'approche « École en santé » sont effectuées en cumulant le nombre d'écoles et non le nombre de bâtiments (certaines écoles ont 2 bâtiments).

* Données ne figurant pas à la reddition de comptes 2008-2009
[1]Résultats en date du 31 mars 2009 (P-13)
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe : Santé publique
Objectifs de résultats 2005-2010 : Augmenter la proportion des enfants qui reçoivent leurs vaccins dans les délais requis, tel que prévu au calendrier du Protocole d'immunisation du Québec.

INDICATEUR		Résultats[1] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[2] 2009-2010
1.1.14	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccins contre DCat-Polio-Hib dans les délais	67,9 %*	75 %	68,6 %
1.1.15	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccins contre le méningocoque du sérogroupe C dans les délais	54,2 %*	75 %	58,1 %
1.1.16	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1re dose de vaccins conjugués contre le pneumocoque dans les délais	70,2 %*	75 %	70,2 %

COMMENTAIRES

Les cibles régionales n'ont pas été atteintes.
Les statistiques de l'année 2009-2010 indiquent une hausse peu significative comparativement à l'année 2008-2009, et ce, malgré les différentes activités mises en place dans divers secteurs : Activités de promotion de la vaccination à l'unité mère-enfant en CH, lors de la visite postnatale, et durant les suivis des familles en SIPPE.

Des cliniques ponctuelles de vaccination ont été ajoutées régulièrement pour répondre aux demandes de rendez-vous de dernière minute, et ce, pour assurer une vaccination dans les délais requis.

De plus, tous les parents devant se présenter en clinique pour faire vacciner leur enfant étaient appelés la veille de leur rendez-vous pour confirmer leur présence.

Par ailleurs, à l'automne dernier, tous les parents ayant un nouveau-né ainsi que tous les parents ayant un enfant près de l'âge de 1 an ont été appelés afin de leur donner un rendez-vous en clinique de vaccination. Cette légère hausse dans l'atteinte des cibles de cette année pourrait être attribuée à cette expérience, laquelle a été suspendue durant la pandémie.

Malgré la non atteinte de la cible, la région de Laval se situe au-dessus de la moyenne provinciale pour tous les indicateurs. Toutefois, ayant toujours comme objectif d'augmenter le pourcentage d'enfants rejoints, certaines mesures seront prises, d'abord une forme « d'études de marché » a été débutée par le CSSS de Laval auprès des autres régions ayant atteint leurs cibles afin d'échanger sur leurs pratiques. Il semble que la formule gagnante demeure les relances téléphoniques auprès des parents ayant un nouveau-né et/ou ayant un enfant âgé de 10 mois pour leur fixer un rendez-vous en clinique de vaccination. C'est pourquoi il prévoit reprendre cette activité dès le début mai 2010 avec l'embauche d'une nouvelle agente administrative.

* Données ne figurant pas à la reddition de comptes 2008-2009
[1]Résultats en date du 31 mars 2009 (P-13)
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe : Santé publique
Objectifs de résultats 2005-2010 : Renforcer la prévention et assurer le contrôle des infections nosocomiales.

INDICATEUR		Résultats[1] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[2] 2009-2010
1.1.17	Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	N/D	100 %	100 %
1.1.18	Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales fonctionnel	N/D	100 %	0 %

COMMENTAIRES

1.1.17
L'objectif régional est atteint.

1.1.18
L'établissement possède plusieurs normes de pratiques et de gestion qui sont en place et approuvées par le CA, mais le tout n'est pas rassemblé et structuré. Les travaux se poursuivront en 2010-2011.

[1]Résultats en date du 31 mars 2009 (P-13)
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe : Services infirmiers et psychosociaux généraux
Objectifs de résultats 2005-2010 : Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services psychosociaux généraux en augmentant le nombre de personnes desservies et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services.

INDICATEUR		Résultats[1] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[2] 2009-2010
1.2.2	Nombre d'usagers desservis par les services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	1 411	1 531	2052
1.2.3	Nombre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux en CSSS (mission CLSC)	3,66	3,9	2,93

COMMENTAIRES

Cette année des travaux de conformité au cadre normatif (cheminement de la demande de service, codification des demandes et des interventions) ont fait augmenter le nombre de clients rejoints, ce qui a permis d'atteindre et même de dépasser la norme du nombre de clients desservis. Par contre, ces clients ont souvent un besoin de suivi court terme ce qui nuit à l'atteinte de la cible de la moyenne d'intervention par clients.

De plus, les clients nécessitant un suivi plus intensif sont dirigés vers les regroupements clientèle. Ce qui explique en partie la non atteinte de la cible de la moyenne d'intervention par client.

Pour atteindre la performance du service, augmenter la moyenne d'intervention par client et améliorer le suivi de la clientèle, certaines actions sont prévues :

- former les intervenants sur la saisie statistique et assurer le suivi
- soutenir cliniquement les intervenants afin d'améliorer l'efficience et la pertinence des notes au dossier par un suivi individuel
- instaurer une relance téléphonique systématique des clients en attente afin de réévaluer régulièrement leur situation et niveau de priorité, en plus d'assurer un soutien clinique minimal dans la période d'attente post-évaluation
- déterminer une cible d'intervention par jour par intervenant à atteindre et la faire respecter.

Les efforts déployés au cours de l'année 2010-2011 devraient permettre l'atteinte de la cible.

[1]Résultats en date du 31 mars 2009 (P-13)
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe : Services dans la communauté – perte d'autonomie liée au vieillissement
Objectifs de résultats 2005-2010 : Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté et en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %.

INDICATEUR		Résultats[1] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[2] 2009-2010
1.3.1	Nombre de personnes en perte d'autonomie recevant des services de soutien à domicile dispensés par les CSSS (mission CLSC)	8 454	9 228	8 080
1.3.2	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile reçues par les personnes en perte d'autonomie	34,15	24	36,31

COMMENTAIRES

La cible régionale n'a pas été atteinte. Le pourcentage d'atteinte de la cible étant de 87,5 % L'écart avec la cible à atteindre s'explique par divers paramètres qui viennent influencer les résultats du nombre d'usagers desservis :

- La transformation de l'organisation du travail pour les prélèvements à domicile a fait en sorte qu'une proportion d'usagers ayant un profil clientèle PPALV n'est pas comptabilisée dans le 1.3.1, malgré qu'ils aient reçu des services à domicile en lien avec leur perte d'autonomie liée au vieillissement. En P-13 : 875 usagers.
  Pour l'année 2010-2011, des modifications dans la modalité de prise en charge par l'équipe de SAD de PPALV devraient réduire de façon significative cet impact.
- Dans le cadre de la certification des résidences privées, le cadre normatif nous demande d'inscrire ces interventions (avec un profil 711) qui ne sont pas comptabilisées dans le 1.3.1 En P-13 : 42 usagers.
- L'organisation du travail des équipes de SAD par regroupement clientèles vient réduire le nombre de doublons, soit le même usager qui est inscrit sous 2 profils ou plus. Les chiffres nous démontrent une baisse significative au cours des 3 dernières années. En 2007-2008 : 668 usagers; en 2008-2009 : 434 usagers et en 2009-2010 : 114 usagers. Donc, de 320 à 550 usagers de plus.

Si la région tenait compte des 917 (875+ 42) usagers non comptabilisés, le pourcentage d'atteinte de la cible serait à 97 %. Toujours en tenant compte des 917 usagers, le CSSS de Laval a dépassé le nombre d'usagers desservis de 2007-2008. Celui-ci poursuivra les actions mises en place en 2009-2010 afin d'atteindre la cible en 2010-2011.

Pour le nombre moyen d'interventions :
Le nombre plus élevé d'intervention à Laval peut s'expliquer en partie par différents facteurs :

- La densité de la population et la présence de plusieurs tours d'habitation nous permettent d'organiser des visites plus courtes, mais plus fréquentes (une visite peut durer 15 minutes ou 8 heures et compte tout de même pour une intervention) ;
- Une faible utilisation du CES : les interventions du CES ne sont pas comptabilisés dans I-CSLC, donc ne viennent pas influencer le nombre moyen d'intervention ;
- La région de Laval n'est pas pourvue de suffisamment de lits de CHSLD ou de RNI : l'impact sur le SAD est que certains usagers sont maintenus à domicile avec un nombre de services très important. Un faible pourcentage d'usagers utilise une proportion beaucoup plus importante d'interventions.

[1]Résultats en date du 31 mars 2009 (P-13)
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe : Services en centre d'hébergement et de soins de longue durée
Objectifs de résultats 2005-2010 : Améliorer les soins et les services pour les personnes hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance de 2,5 % et en augmentant les heures travaillées par jour-présence en services professionnels de 6 %.

INDICATEUR		Résultats[1] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[2] 2009-2010
		3,00	3,00	3,00
1.3.3	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	0,21	0,21	0,22
1.3.4	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD			

COMMENTAIRES
La cible régionale est atteinte et même dépassée.

[1]Résultats en date du 31 mars 2009 (P-13)
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe : Soutien à domicile – déficience physique
Objectifs de résultats 2005-2010 : Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience physique et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

INDICATEUR		Résultats[1] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[2] 2009-2010
1.4.1	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	1 720	En fonction du plan d'amélioration de l'accès/ 2 100	1 815
1.4.2	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager (DP)	46,82	38	47,12

COMMENTAIRES

1.4.1

La cible régionale n'a pas été atteinte. Par ailleurs, la région n'a aucune liste d'attente pour l'évaluation de cette clientèle au 31 mars 2010. Afin d'arriver à ce que l'ensemble des clients en attente soit évalué, le CSSS de Laval a fait plusieurs efforts :

- Embauche d'intervenants pour résorber la liste d'attente et réponse aux nouvelles demandes dans les délais requis selon le niveau de priorité.
- Révision des données GESTRED à la fin des périodes qui a permis de valider les listes d'attentes et de s'assurer du respect des délais de prise en charge. Formations et suivis de tous les intervenants des accueils et du terrain pour une saisie statistique conforme au plan d'accès et au cadre normatif.
- Établissement de balises quant aux nombres de dossiers par charge de cas et par type d'intervenant ainsi que supervision systématique de ces charges de cas pour assurer une meilleure attribution et une prise en charge optimale des dossiers.
- Formation d'un comité de travail en vue d'améliorer l'efficacité et l'efficience de la pratique des intervenants.
- Implantation d'une équipe d'évaluation et d'implantation du 1er service (adulte).
- Consolidation d'un service de suivi long terme pour la clientèle à risque qui ne nécessite pas de suivi régulier (BIP).
- Restructuration du guichet d'accès.

Malgré cela, la cible du nombre de clients rejoints n'a pas été atteinte. Pour rejoindre davantage de clientèle, un plan de communication devra être élaboré pour faire la promotion de l'offre de service en déficience physique.

1.4.2

La cible du nombre moyen d'interventions est atteinte. Par ailleurs, la moyenne d'interventions est très élevée. La cause principale est l'aide à domicile. L'absence de ressource d'hébergement pour cette clientèle et le peu d'implantation de la mesure du chèque emploi service contribuent à cette situation. En fait, 4 % des clients consomment 55 % des interventions. Au cours de la prochaine année, l'établissement devra travailler à la promotion du chèque emploi-service. Finalement, les travaux de conformité de la saisie statistique doivent se poursuivre pour assurer l'adéquation de l'utilisation des profils d'intervention dans chaque regroupement clientèle.

[1]Résultats en date du 31 mars 2009 (P-13)
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe : Soutien à domicile – déficience physique
Objectifs de résultats 2005-2010 : Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

INDICATEUR		Résultats[1] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[2] 2009-2010
1.4.3	Nombre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	276	432	362

COMMENTAIRES

La cible n'a pas été atteinte. Par ailleurs, tous les clients en attente à la fin de l'année 08-09 ont été évalués et reçoivent désormais de l'allocation de soutien à la famille s'ils étaient éligibles. Il y a eu harmonisation dans l'application du cadre de référence du programme, fermeture de 72 dossiers non actifs et non conformes. Au final, plus de 200 familles supplémentaires ont pu recevoir une allocation de soutien à la famille.

Aucune liste d'attente au 31 mars 2010.

Afin de rejoindre un plus grand nombre de clients, le CSSS de Laval élaborera un plan de communication pour faire la promotion du programme auprès des partenaires qui ont de la clientèle qui pourrait bénéficier des allocations de soutien à la famille.

[1]Résultats en date du 31 mars 2009 (P-13)
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe : Services spécialisés – déficience physique
Objectifs de résultats 2005-2010 : Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies.

INDICATEUR		Résultats[1] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[2] 2009-2010
1.4.8	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services spécialisés de réadaptation	3204/3831	3831	3425/4071

COMMENTAIRES
La cible régionale a été atteinte avec le soutien de 3 établissements.

INLB	755 usagers
IRD	643 usagers
HJR	2670 usagers
TOTAL	**4071 usagers**

Les données figurant dans TBIG-Web n'incluent pas l'Institut Raymond-Dewar qui dessert la clientèle lavalloise en déficience auditive.

[1]Résultats en date du 31 mars 2009 (P-13)
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe : Soutien à domicile – déficience intellectuelle et TED
Objectifs de résultats 2005-2010 : Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes handicapées, avec l'intensité requise et sur la base des besoins en augmentant le nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle ou un TED et en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services.

INDICATEUR		Résultats[1] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[2] 2009-2010
1.5.11	Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un TED recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	967	747	1208
1.5.12	Nombre moyen d'interventions en soutien à domicile dispensées par les CSSS (mission CLSC), par usager DI et TED	10,3	12	10,8

COMMENTAIRES

1.5.11

La cible 2010 est atteinte voire dépassée.

Afin d'arriver à l'atteinte de cette cible, le CSSS de Laval a fait plusieurs efforts dans le cadre des travaux sur le plan d'accès :

- Embauche d'intervenants pour résorber la liste d'attente et réponse aux nouvelles demandes dans les délais requis selon le niveau de priorité.
- Révision des données GESTRED à la fin des périodes qui a permis de valider les listes d'attentes et de s'assurer du respect des délais de prise en charge. Formations et suivis de tous les intervenants des accueils et du terrain pour une saisie statistique conforme au plan d'accès et au cadre normatif.
- Établissement de balises quant aux nombres de dossiers par charge de cas et par type d'intervenant ainsi que supervision systématique de ces charges de cas pour assurer une meilleure attribution et une prise en charge optimale des dossiers.
- Formation d'un comité de travail en vue d'améliorer l'efficacité et l'efficience de la pratique des intervenants.

De plus, dans le processus de réorganisation des équipes, 133 dossiers individuels ont été transférés de l'équipe scolaire à l'équipe DI-TED ce qui augmente les résultats de façon significative.

Au niveau adulte, il faut mentionner qu'une étude est en cours pour déterminer l'offr
e de service pour les clients avec lenteur intellectuelle qui sont actuellement codés avec un profil d'intervention de déficience intellectuelle. Ces travaux auront des impacts sur l'atteinte des cibles en 2010-2011 en lien avec le plan d'accès.

1.5.12

Pour ce qui est du nombre moyen d'intervention, le CSSS de Laval doit revoir la charge de cas de chaque intervenant et revoir l'offre de service.

Des discussions sont en cours entre le CSSS de Laval et le CRDI Normand-Laramée qui permettront des transferts de clients de 2e ligne à la 1re ligne, ce qui aura probablement un impact sur la moyenne d'intervention.

[1]Résultats en date du 31 mars 2009 (P-13)
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe : Soutien à domicile – déficience intellectuelle et TED
Objectifs de résultats 2005-2010 : Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes handicapées en augmentant le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe.

INDICATEUR		Résultats[1] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[2] 2009-2010
1.5.13	Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	731	700	824

COMMENTAIRES
La cible est atteinte et voire dépassée.

Tous les clients en attente à la fin de l'année 08-09 ont été évalués et reçoivent désormais de l'allocation de soutien à la famille s'ils étaient éligibles. Il y a eu harmonisation dans l'application du cadre de référence du programme, fermeture de 72 dossiers non actifs et non conformes. Au final, plus de 200 familles (incluant la DP) supplémentaires ont pu recevoir une allocation de soutien à la famille.

Aucune liste d'attente au 31 mars 2010.

Pour rejoindre davantage de clients, un plan de communication sera élaboré pour en faire la promotion auprès des partenaires qui ont de la clientèle qui pourrait bénéficier des allocations de soutien à la famille, sans les connaître.

[1]Résultats en date du 28 février 2009 (P-12)
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe : Services de première ligne - jeunes et leur famille en difficulté
Objectifs de résultats 2005-2010 : Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions, par année, par usagers.

INDICATEUR		Résultats[1] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[2] 2009-2010
1.6.1	Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	5 289	5 641	5 085
1.6.2	Nombre moyen d'intervention par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	6,49	7	6,92

COMMENTAIRES

La cible régionale n'a pas été atteinte (90,1 %). Les statistiques de l'année 2009-2010 indiquent une baisse dans l'indicateur Jeunes en difficulté de 219 dossiers par rapport à 2008-2009. Ceci peut être expliqué par le fait que le CSSS de Laval a procédé à une réorganisation au niveau clinique en 2009-2010. En effet, 133 dossiers individuels en DI-TED suivis par l'équipe Jeunes en difficulté ont été transférés dans l'équipe DI-TED. Ce nombre de dossiers ne tient pas compte des dossiers familiaux (parents, fratrie) qui ont également été transférés dans cette équipe. Il y a également eu 20 dossiers SGT transférés dans l'équipe santé mentale jeunesse. Cette réorganisation clinique a eu donc des impacts sur le nombre de clients desservis dans cette équipe. L'équipe Accès-cible a rejoint cette année 1 157 usagers, soit 150 dossiers de plus que l'an dernier. Les travaux entourant l'offre de service de crise en collaboration avec les Centres Jeunesse peuvent expliquer cette hausse. La diffusion de la trajectoire de crise auprès des partenaires est un élément explicatif de cette hausse. Il sera pertinent de poursuivre les travaux du comité de suivi de la trajectoire de service pour maintenir ces acquis dans la région. Il est à noter également, que les intervenants d'Accès-cible sont demeurés dans leurs activités régulières durant la période de pandémie.

Pandémie

La pandémie a également eu un impact sur les activités des intervenants de cette équipe. En effet, les interventions de « reaching out » dans les écoles (estimé à 150 dossiers) ont été délestées puisqu'une grande partie du personnel scolaire a été réaffecté durant la pandémie (voir tableau en annexe). De plus, lors du rapatriement des infirmières en SIPPE pour les activités de la pandémie, une partie de leur charge de cas a été attribuée aux intervenants psychosociaux, ce qui a eu pour effet de freiner l'attribution de nouveaux dossiers.

Pénurie de main d'œuvre

L'établissement a eu de la difficulté à combler plusieurs remplacements. La planification de la main d'œuvre est une priorité organisationnelle pour le CSSS de Laval et plusieurs chantiers sont actuellement en cours pour diminuer l'impact de ces difficultés sur les offres de service.

Accessibilité

Malgré ces différents facteurs et dans un souci constant d'améliorer l'accessibilité, la direction FEJ du CSSS de Laval souhaite pour la prochaine année définir un cadre de référence pour les pratiques psychosociales. Un comité d'optimisation a donc été mis en place. Le mandat de ce comité est de définir les normes de pratiques des intervenants psychosociaux afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience dans l'offre de service Jeunes en difficulté dans un premier temps. Le mandat du comité ainsi que le plan d'action sont joints.

[1]Résultats en date du 31 mars 2009 (P-13)
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

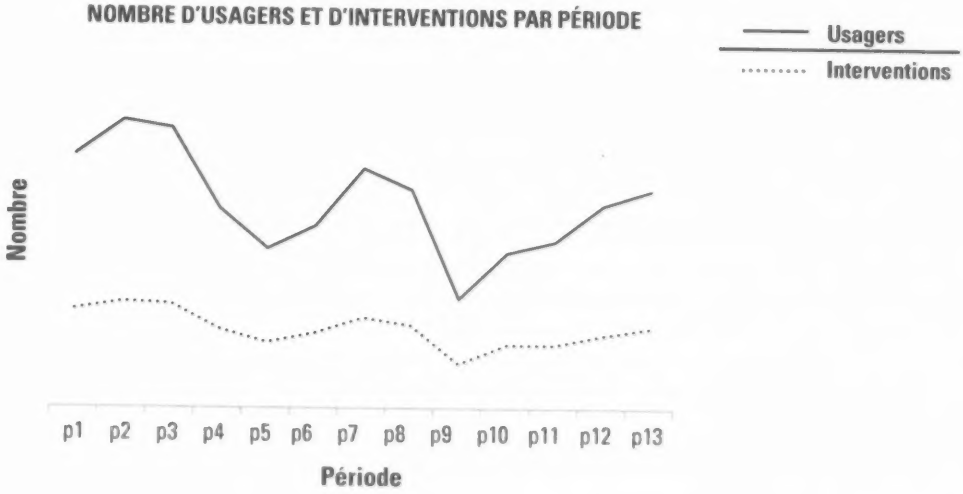
Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe : Services de première ligne - jeunes et leur famille en difficulté
Objectifs de résultats 2005-2010 : Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux en desservant les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et en augmentant le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions, par année, par usagers.

INDICATEUR		Résultats[1] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[2] 2009-2010
1.6.1	Nombre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	5 289	5 641	5 085
1.6.2	Nombre moyen d'intervention par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	6,49	7	6,92

COMMENTAIRES
Des efforts ont déjà été amorcés afin de faciliter l'accessibilité. En effet, au niveau de l'équipe 0-4 ans, depuis janvier 2010, toutes les demandes psychosociales sont centralisées à une seule personne ce qui en facilite le traitement et l'assignation. Une supervision systématique des charges de cas a été instaurée pour assurer une prise en charge optimale des dossiers psychosociaux. Finalement, pour améliorer l'efficacité des interventions, une formation en Thérapie brève axée sur les solutions a été offerte à l'ensemble des intervenants, et ce, dans un objectif d'harmonisation et d'efficience.

NOMBRE D'USAGERS ET D'INTERVENTIONS PAR PÉRIODE



[1]Résultats en date du 31 mars 2009 (P-13)
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe : Services de deuxième ligne – jeunes et leur famille en difficulté
Objectifs de résultats 2005-2010 : Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la LPJ et de la LSJPA dans un délai moyen d'attente de 12 jours calendrier pour les services d'évaluation en protection de la jeunesse pour tout enfant dont le signalement est retenu et dans un délai moyen d'attente de 30 jours calendrier pour l'application des mesures en protection de la jeunesse.

INDICATEUR		Résultats[1] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[2] 2009-2010
1.6.4	Délai moyen d'attente à l'évaluation à la Protection de la jeunesse	9,30	12	10,79
1.6.5	Délai moyen d'attente à l'application des mesures en Protection de la jeunesse	9,91	20	13,3
1.6.7	Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSPJA	10,87	14	9,57

COMMENTAIRES
Ces trois cibles sont atteintes.

[1]Résultats en date du 31 mars 2009
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe : Jeu pathologique
Objectifs de résultats 2005-2010 : Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés).

INDICATEUR		Résultats[1] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[2] 2009-2010
1.7.2	Nombre de joueurs traités par les services spécialisés en jeu pathologique	226	311	189

COMMENTAIRES

L'engagement n'est pas atteint, pas plus que le seuil minimal, pour la P-13 de 2009-2010, pour les raisons suivantes :

- La diminution de la P-13 de 2009-2010 comparativement à la P-13 de l'année précédente s'explique par une diminution de référence au CRPAT et aux organismes communautaires. En ce qui a trait à la référence par le CSSS, la mise en place récente de l'équipe de liaison à l'urgence de Cité de la santé n'a pas encore permis de constater une augmentation du nombre d'usagers rejoints. Par ailleurs, la maîtrise des outils de dépistage par les intervenants de la première ligne devrait être améliorée suite à la formation du ministère. Donc, nous attendons une augmentation des cas référés pour la prochaine année, sans toutefois atteindre la cible 2010
- La diminution de la P13 de 2009-2010 comparativement à la P-13 2008-2009 est aussi attribuable à la fermeture de l'organisme CAFAT qui n'a pas donné de service en 2009-2010
- Suite à la fermeture du CAFAT, un groupe de travail sur les services offerts en jeu pathologique à Laval, formé de l'Agence, du CSSS, du CRPAT et d'organismes communautaires a été mis place pour pallier aux écarts. Les travaux sont toujours en cours.

Le Centre Le Maillon, le CSSS de Laval et les organismes communautaires mentionnent également qu'il y aurait un problème de décroissance au niveau des références à travers la province. Une forte majorité des régions du Québec n'atteindront pas leurs cibles comme par les années précédentes.

[1]Résultats en date du 31 mars 2009
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe : Services de crise et d'intégration dans la communauté – santé mentale
Objectifs de résultats 2005-2010 : Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves :

En suivi intensif (70 personnes/100 000 habitants)
En soutien d'intensité variable pour les personnes ayant des troubles mentaux graves (250 personnes/100 000 habitants)

INDICATEUR		Résultats[1] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[2] 2009-2010
1.8.5	Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	Nbre usagers = 567 197 (CSSSL) + 370 (CILL) Nbre places = 338 56 (CSSSL) + 282 (CILL)	511 usagers (338 places)	Nbre usagers = 739 264 (CSSSL) + 475 (CILL) (hausse de 30 %) Nbre places = 349 95 (CSSSL) + 254 (CILL)
1.8.6	Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	Nbre usagers :81 (vus 1 fois ou +) Nbre places : 66,2	147 usagers (100 places)	Nbre usagers = 94 Nbre places = 71,8 (hausse de 16 %)

COMMENTAIRES

1.8.5 : Cibles et résultats incluent les données du partenaire CILL (hausse de 30 %).
Engagement 2009-2010 : Atteint (dépassé par rapport aux requis du MSSS vs nombre d'ETC)
La région de Laval a mis en place le cadre de référence et a privilégié l'approche clinique en lien un partenariat avec le communautaire. En effet, le CILL contribue grandement à l'atteinte de la cible régionale. En fonction du modèle régional en place, les services de SIV du CSSS de Laval sont offerts pour une durée moindre que le suivi communautaire du CILL suivant un ratio 1/15 (1/20-25 pour le CILL). En conséquence, le nombre d'usagers différents du CSSS de Laval est élevé par rapport au nombre de places, avec un pourcentage important de roulement de clientèle (environ 25-30 %).

Pour les périodes 1 à 9, au CSSS de Laval, le nombre moyen de places a été multiplié par 2,6 par rapport à l'année dernière et le nombre moyen d'adultes vus par les intervenants du CSSS de Laval a augmenté dans une proportion de 2,4.

1.8.6
Engagement 2009-2010 : En progression (hausse de 16 %)
La région de Laval n'a pas atteint la cible. Par ailleurs, en fonction du nombre d'ETC et d'un plein fonctionnement suite à l'arrivée des nouveaux psychiatres, le nombre d'usagers différents au SI se situera autour de 136 en juin prochain.
Le nombre d'usagers différents va tendre significativement vers la cible d'ici septembre 2010 pour les raisons suivantes :

- La région devrait pouvoir appliquer le protocole d'entente signé entre HSC, CSSSL et les deux Agences (Montréal et Laval). Le CSSS de Laval élabore présentement un nouveau modèle clinique 1re et 2e ligne harmonisé et cela progresse très bien.
- HSC a identifié un nouveau psychiatre au SI en novembre dernier. Celui-ci augmentera ses disponibilités en août 2010.

COMMENTAIRES (SUITE)

- Le CSSS de Laval a identifié un 2e psychiatre au SI en janvier 2010. Celui-ci donnera ses disponibilités en septembre prochain.
- Les équipes de cliniques externes du CSSS de Laval et du PAP sont en cours d'identification d'usagers éligibles au SI. De plus, un audit de pertinence clinique au SIV vs SI a été réalisé en mars 2010.

[1]Résultats en date du 31 mars 2009
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe : Services d'urgence – santé mentale
Objectifs de résultats 2005-2010 : Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale
Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins;
0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence

INDICATEUR		Résultats[1] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[2] 2009-2010
1.8.7	Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	16,3	15	16,58 heures
1.8.8	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	2,87	2,87 %	3,31 %

COMMENTAIRES
Engagement 2009-2010 : Atteint partiellement

En ce qui concerne la durée de séjour sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale, malgré que la cible de 15 heures ne soit pas atteinte, le résultat obtenu est de 28 % sous la moyenne provinciale. De plus, cette durée est plus courte que la durée moyenne de séjour globale au CSL, soit 16,6 par rapport à 18,8 heures.

Le pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale a augmenté de 2,9 % à 3,3 %, pour atteindre un nombre de 77 usagers. Bien que 3 fois moins que la moyenne provinciale, cet indicateur représente une augmentation de 15,2 % par rapport à l'année précédente.

Afin d'atteindre les cibles retenues, différentes mesures en lien direct avec le Plan d'action en santé mentale ont été mises en place, soit :

- l'ajout d'une infirmière de liaison en santé mentale;
- la mise sur pied du projet de l'Unité de traitement transitoire mobile et de l'entente de service avec l'Îlot, service régional de crise de Laval;
- l'ajout d'une équipe de liaison en toxicomanie à l'urgence en collaboration avec le Centre Le Maillon;
- un protocole d'organisation des soins pour la clientèle psychiatrique au débordement a été rédigé pour améliorer la qualité et la fluidité des services.

De plus, une démarche d'optimisation de l'épisode de soins et d'amélioration de la qualité aux unités de soins psychiatriques a débuté en mars 2010 et se poursuivra tout au long de l'année financière 2010-2011.

[1]Résultats en date du 31 mars 2009 (P-13)
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe : Services de première ligne – santé mentale
Objectifs de résultats 2005-2010 : Rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire.

INDICATEUR		Résultats[1] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[2] 2009-2010
1.8.9	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en CSSS (mission CLSC)	3 223	3 010	3 612/3 907* (Voir tableau page 2)

COMMENTAIRES
Engagement 2009-2010 : Atteint (voir tableau), selon les données disponibles.
L'engagement déboursé 2009-2010, sans le transfert des effectifs de Montréal, se situait entre 3 130 (seuil) et 3 642 (cible). En P13, le CSSS de Laval se situe à 3 907.
En ce qui concerne la cible 2010, il est difficile de croire que la région pourra l'atteindre sans ajout de budget supplémentaire. Par ailleurs, il serait possible d'atteindre le seuil 2010.

En fonction des standards du MSSS, l'établissement a procédé à une pondération du seuil et de la cible régionale 2010 en fonction des ETC actuels et d'une performance clinique optimale soit 65 usagers/ETC jeunesse et 70 usagers/ETC adulte (seuil) et 70 usagers/ETC jeunesse et 85 usagers/ETC adulte (cible). Selon ses projections, l'atteinte du seuil pondéré régional (5 822 - 800 = 5 022) est réalisable avec le transfert des ressources de Montréal en santé mentale adulte 1re ligne, tel que prévu.

Tableau du seuil et de la cible pondérée régionale 2010 (en fonction des ETC réels et d'une performance clinique optimale)
Point de départ = 18 ETC jeunesse et 28 ETC adulte

	Jeunes	Adultes	TOTAL
Sans développement	Seuil = 1 170 Cible = 1 262	Seuil = 1 960 Cible = 2 380	Seuil = 3 130 Cible = 3 642
Avec transfert Déboursé (4/12)		Seuil = 2 310 Cible = 2 805	Seuil = 3 480 Cible = 4 067
Avec transfert annualisé 15 ETC		Seuil = 3 010 Cible = 3 655	Seuil = 4 180 Cible = 5 022

Note : le seuil et la cible régionale pondérée sont obtenus en simulant la performance attendue selon les effectifs réels

COMMENTAIRES (SUITE)

Santé mentale jeunesse : Pour une première fois cette année, la cible en santé mentale jeunesse est presque atteinte. Plusieurs éléments expliquent cette hausse dans cet indicateur. Dans un premier temps, il faut mentionner que le mécanisme d'accès est en complète opération depuis novembre 2009. Ainsi, toutes les demandes en provenance des médecins sont orientées au mécanisme d'accès. Le travail des agentes de liaison en santé mentale jeunesse a été révisé pour répondre à la hausse des demandes. À cet effet, elles documentent chacune des demandes médicales, font une évaluation auprès du client et orientent le dossier vers le bon service. Le travail des agentes de liaison a également été optimisé en ajoutant un soutien de 12 heures d'une agente administrative.

Les pratiques des intervenants en Santé mentale jeunesse ont aussi été révisées. Une formation en thérapie brève orientée vers les solutions a été offerte, ayant pour objectif de supporter une transformation des pratiques, et ce, toujours dans un but d'harmonisation, d'efficacité et d'efficience. Au 31 mars 2010, toutes les demandes acheminées à l'équipe santé mentale jeunesse avaient été traitées et orientées. Il n'y avait donc pas de liste d'attente pour un premier contact auprès de la clientèle et toutes les données sont incluses dans l'indicateur.

2010-2010, l'équipe santé mentale jeunesse poursuivra son travail. Elle prévoit diffuser ses trajectoires de service auprès de ses partenaires, en diffusant la trajectoire sur la prévention du suicide et par la mise en place du suivi étroit de ceux-ci. En effet, il est essentiel d'investir dans les communications régulières auprès des partenaires afin de maintenir les trajectoires de service vivantes.

Santé mentale adulte : Engagement 2009-2010 : Atteint (voir tableau)
En santé mentale adulte, un plan d'action a été mis en place en 2007-2008, ce qui a permis d'améliorer de plus de 60 % la productivité des professionnels dans les deux dernières années. Ce plan fait l'objet d'un suivi régulier en première ligne/adultes afin d'améliorer la performance des intervenants compte tenu des standards et il est constamment mis à jour. En 2009-2010, l'augmentation de la productivité totale s'est améliorée de 14,38 % (2 815 usagers vs 2 461 en 2008-2009).

	Usagers (GESTRED)	Usagers re : nb prof. répondant (1 ETC = 120 usagers)	50 % des usagers inscrits vus au c/a 6564 (programmes autres que santé mentale).	Total
18 ans et moins	972	120	0	1 012
18 ans et plus	2 352	168	295	2 815
Totaux				3 907

En conclusion, l'atteinte du seuil du MSSS (5 822) tout comme de la cible 2010 du MSSS (6 613 usagers) est difficile sans financement additionnel malgré l'application par le CSSS de Laval des standards du MSSS avec les ETC actuellement en emploi et les résultats de toute autre mesure de performance en cours. Pour atteindre le seuil du MSSS, d'après les projections, un investissement de 9,4 ETC en adulte est requis, en plus du transfert de ressources de Montréal déjà prévu. Pour atteindre la cible du MSSS, toujours d'après des projections, un investissement de 18,7 ETC est requis, en plus du transfert de ressources déjà prévu.

[1]Résultats en date du 31 mars 2009 (P-13)
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe : Services d'urgence – santé physique
Objectifs de résultats 2005-2010 : Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence :
- Séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins;
- 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence

INDICATEUR		Résultats[1] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[2] 2009-2010
1.9.1	Séjour moyen sur civière	17,7	16,7	18,78
1.9.2	Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	20,6	18	22,5
1.9.3	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	3,0 %	2,6 %	4,49
1.9.4	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	4,7 %	4,2 %	7,06

COMMENTAIRES
Les cibles n'ont pas été atteintes. Voici les mesures mises en place :

- L'autorisation d'effectuer un PFT pour 40 lits de courte durée et de 10 lits en santé mentale;
- le document « Principes directeurs de l'entente de répartition des patients entre les établissements de la région de Montréal et de Laval » a été signé en 2009-2010;
- les représentants de l'ASSS et du CSSS de Laval participent activement au groupe de travail désigné par le comité stratégique de l'entente pour la recherche de zones d'amélioration du processus de régulation des patients transportés par ambulance. les travaux de ce comité continueront pendant la période 2010-2011;
- un suivi rigoureux des indicateurs de performance, en amont et en aval de l'urgence, afin de mieux cibler les zones d'intervention à privilégier dans le cadre du plan d'action à moyen et long terme.

[1]Résultats en date du 31 mars 2009 (P-13)
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe : Soins palliatifs
Objectifs de résultats 2005-2010 : Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile et en augmentant l'intensité des services.

INDICATEUR		Résultats[1] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[2] 2009-2010
1.9.5	Nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	563	859	451
1.9.6	Nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	20,4	16	20,68

COMMENTAIRES

L'engagement quant au nombre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile n'a pas été atteint. De plus, les résultats 2009 2010 sont inférieurs à ceux de 2008-2009.

Toutefois, il n'y a aucun usager sur la liste d'attente et les services sont rendus dès réception de la demande. Toutes les demandes reçues par le guichet universel ou les autres portes d'entrée sont traitées et aucune demande n'est refusée en se basant sur les critères de partage de la clientèle entre les différents regroupements.

Pour ce qui est du nombre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile, la cible, fixée à 16, a été dépassée. Une légère augmentation est remarquée par rapport à l'année précédente.

La desserte des services de soins palliatifs à domicile est assurée en complémentarité par le CSSS de Laval et la Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal, antérieurement Association Entraide Ville-Marie. Celle-ci est un organisme à but non lucratif, qui existe à Montréal depuis plus de 30 ans et qui offre des services de soins infirmiers en fin de vie à domicile aux personnes atteintes de cancer.

Il faut préciser que les totaux incluent les résultats de la Société de soins palliatifs à domicile du Grand Montréal (SSPAD du Grand Montréal) et se détaillent comme suit :

- 778 usagers (Résultats 2008-2009) = 563 usagers (Résultats CSSS de Laval) + 215 usagers (Résultats SSPAD du Grand Montréal);
- 681 usagers (Résultats 2009-2010) = 451 usagers (Résultats CSSS de Laval) + 230 usagers (Résultats SSPAD du Grand Montréal);
- L'engagement MSSS/Agence, totalisant 859 usagers, inclut les usagers desservis par la SSPAD du Grand Montréal.

[1]Résultats en date du 31 mars 2009 (P-13)
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe : Cardiologie tertiaire
Objectifs de résultats 2005-2010 : Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en hémodynamie.

INDICATEUR		Résultats[1] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[2] 2009-2010
1.9.8	Pourcentage de demandes de services réalisées à l'intérieur des délais établis en hémodynamie			
	Catégorie A :	100 %	100 %	100 %
	Catégorie B :	100 %	90 %	100 %

COMMENTAIRES

1.9.8

Tout est mis en œuvre pour assurer la prise en charge rapide de la clientèle. L'ensemble des besoins pour les catégories A et B est réalisé sans délai. Les cibles sont atteintes.

[1]Résultats en date du 31 mars 2009 (P-13)
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe : Chirurgie
Objectifs de résultats 2005-2010 : Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

INDICATEUR		Résultats[1] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[2] 2009-2010
1.9.11	Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	113	96	78
1.9.12	Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	133	135	202
1.9.13	Nombre de chirurgies de la cataracte réalisées	2 097	2 000	2 734/2 720
1.9.14	Nombre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	7 501	7 280	7 162/7 236
1.9.15	Nombre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH et PTG)	5 051	4 849	5 186/5 289

COMMENTAIRES

Suite à la visite du bloc opératoire de l'Hôpital Cité-de-la-Santé par le comité conjoint MSSS-FMSQ en avril 2008, l'augmentation attendue par le MSSS pour la production chirurgicale du CSSS de Laval a été fixée à 10 %. Afin d'y parvenir, le MSSS a octroyé une allocation pour l'acquisition de petits instruments. De plus, à la suite des recommandations du comité conjoint, l'établissement a soumis un plan d'action afin d'améliorer le fonctionnement du bloc opératoire. En date du 31 mars 2010, l'augmentation de la production en 2009-2010 par rapport à l'exercice 2007-2008 était de 7,9 % et les recommandations formulées sont en fin d'implantation.

1.9.11
Afin de se conformer aux types de chirurgies reconnues pour cet indicateur, l'établissement a suspendu la comptabilisation des chirurgies bipolaires qui étaient incluses dans le résultat des exercices précédents. Durant l'exercice 2009-2010, le total des prothèses bipolaires s'élevait à 56.

1.9.12
Les PTG ont augmenté de 34 % par rapport à l'exercice 2008-2009. Cible atteinte et même dépassée.

1.9.13
Les cataractes ont augmenté de 23 % par rapport à l'exercice 2008-2009. L'augmentation des priorités opératoires est due à l'entrée en vigueur d'une entente 108 avec un centre médical spécialisé (CMS). Cible atteinte et même dépassée.

1.9.14
La cible des chirurgies d'un jour est presque atteinte (98,3 %). Une légère baisse (3,6 %) par rapport à l'exercice 2008 2009 a été relevée, ce qui explique la non atteinte de la cible.

1.9.15
La cible a été atteinte. Il est relevé une augmentation de 4,5 % des chirurgies avec hospitalisation par rapport à l'exercice 2008-2009. À la suite des transferts de certaines cataractes au CMS, l'augmentation des priorités opératoires est due au remplacement de la salle d'ophtalmologie par une salle d'anesthésie générale permettant la réalisation de chirurgies avec hospitalisation.

[1]Résultats en date du 31 mars 2009 (P-13)
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe : Chirurgie
Objectifs de résultats 2005-2010 : Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une arthroplastie de la hanche ou d'une arthroplastie du genou ou d'une chirurgie de la cataracte ou d'une chirurgie d'un jour ou d'une chirurgie avec hospitalisation.

INDICATEUR		Résultats[1] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[2] 2009-2010
1.9.20	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	82,86 %	90 %	52,7 %
1.9.21	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	70,15 %	90 %	58,91 %
1.9.22	Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	93,46 %	90 %	94,84 %
1.9.23	Nombre d'endoscopies totales réalisées	15 526/15 511	17 143	17 117

COMMENTAIRES

1.9.20 à 1.9.22

À la suite de la visite de l'équipe d'accès du MSSS en janvier 2009, l'objectif précisé à l'établissement était de consolider le mécanisme d'accès. En juillet 2009, le MSSS a rencontré l'Agence et le CSSS de Laval afin de présenter la méthode Bolduc. Celle-ci consiste à prioriser la prise en charge des patients ayant les délais les plus longs. En juillet 2009, la liste d'attente a été épurée et en janvier 2010 un exercice d'assurance-qualité a été effectué.

Le CSSS de Laval a signifié son intérêt de bénéficier de l'accompagnement de l'équipe ministérielle pour l'amélioration du mécanisme d'accès aux services médicaux spécialisés dans la région. Cet accompagnement vise à réduire les délais d'attente de certains secteurs par une révision du processus de cheminement des requêtes opératoires.

L'objectif ciblé étant de prioriser les chirurgies des patients attendant depuis le plus longtemps, l'établissement a renforcé la priorisation de ces patients, ce qui explique la non atteinte de ces cibles. Ainsi, le pourcentage moyen annuel de patients de plus de 6 mois opérés par rapport à la production totale en PTH est de 47,3 % tandis que celui de la PTG est de 41,1 %.

Afin d'appliquer la méthode Bolduc, l'établissement a mis en place certains processus :
- Une révision de certaines priorités opératoires en fonction des listes d'attente;
- des rencontres régulières avec les spécialistes pour trouver des solutions aux problématiques et améliorer le mécanisme d'accès;
- une intensification du processus de suivi des dossiers en attente;
- des propositions de deuxième offre au sein du groupe de chirurgiens;
- des démarches afin d'établir un corridor de deuxième offre interrégionale pour les chirurgies hors délais de PTH et PTG.

1.9.23

La cible est presque atteinte grâce à l'entrée en vigueur d'une entente 108 avec un partenaire privé en janvier 2009. La production chirurgicale a été limitée à quelques reprises par la fermeture de certains lits en raison d'éclosions et de l'achalandage accru à l'urgence de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé.

[1]Résultats en date du 31 mars 2009 (P-13)
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe : Prévention et contrôle - infections nosocomiales
Objectifs de résultats 2005-2010 : Diminuer les taux d'infections nosocomiales.

INDICATEUR			Résultats[1] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[2] 2009-2010
2.2.2	Pourcentage d'installations ayant analysé et éliminé leurs zones grises en hygiène et salubrité	Répertoire	91,3 %		94,9 %
		Catégorisation	91,3 %		94,1 %
		Accord responsable	84,6 %	68 %	91,5 %
		Accord au c/a	83,7 %		87,3 %
		Désignation	83,7 %		86,4 %

COMMENTAIRES
La cible régionale est atteinte et voire dépassée (91,1 %).

[1]Résultats en date du 31 mars 2009 (P-13)
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

Fiche de reddition de comptes 2009-2010

Axe : Personnel du réseau et du MSSS
Objectifs de résultats 2005-2010 : Améliorer la gestion de la présence au travail et disponibilité du personnel afin d'assurer un équilibre entre l'offre et la demande.

INDICATEUR		Résultats[1] 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats[2] 2009-2010
3.1	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,29 (P-12)/5,33	5,26	5,41
3.2	Pourcentage d'établissements ayant atteint la cible en lien avec le temps supplémentaire travaillé par le personnel infirmier	71,43 %	75 %	N/D / 57,14 %
3.3	Pourcentage d'établissements de la région ayant atteint la cible en lien avec la main-d'œuvre indépendante du personnel infirmier	14,29 %	50 %	N/D / 42,86 %
3.4	Pourcentage de postes à temps complet régulier pour les infirmières	N/A	55 %	N/D / 52,2 %

COMMENTAIRES

3.1

La cible en assurance salaire est presque atteinte (97 %). De nombreux efforts ont été déployés par l'ensemble des établissements de la région pour arriver à ce résultat. Ces résultats peuvent s'expliquer comme suit :

- Le nombre d'heures travaillées pendant la période estivale diminue car certains employés ne sont pas remplacés durant leur période de vacances;
- de nombreux cas de maladie physiques graves ont été diagnostiqués au cours de l'année 2009-2010, tels les cancers. Une absence reliée à un diagnostic de cancer peut s'échelonner entre 6 et 12 mois. La majorité groupe diagnostic recensé le sont pour des maladies physiques;
- un établissement relate également le fait qu'il a vécu une augmentation des absences reliées à des chirurgies diverses, notamment en lien avec des chirurgies orthopédiques. La région de Laval n'est pas épargnée par le vieillissement de son personnel;
- un établissement mentionne également le fait qu'il a dû augmenter son nombre d'heures relié à la formation conséquemment à l'implantation d'un outil informatique (SIPAD). Cet établissement a dû investir un pourcentage plus important dans la formation aux employés, soit 3,87 %, ce qui s'est reflété sur les heures travaillées. Au total, cet établissement a donné 3 000 heures de formation de plus que l'année dernière au personnel de catégorie 4, soit 4,54 % de la masse salariale de la catégorie 4.

Les établissements qui dépassent leur cible fixée ont un plan d'action qui se poursuivra pour l'année à venir.

3.2

Il nous est présentement impossible de juger de l'atteinte de la cible étant donné que la donnée de l'indicateur est biaisée par le fait que l'ensemble des établissements de la région ne sont pas comptabilisés, suite à un problème qui semble être d'ordre informatique.

3.3 Idem
3.4 Idem

[1]Résultats en date du 31 mars 2009 (P-13)
[2]Résultats en date du 31 mars 2010

CHAPITRE 6

DONNÉES FINANCIÈRES

LES RESSOURCES FINANCIÈRES RÉSEAU

La région de Laval reçoit une enveloppe de crédits selon un mode d'allocation par programmes services. L'Agence procède à l'allocation de ces montants entre les établissements et les organismes communautaires de son territoire. Le Ministère distribue généralement les crédits régionaux selon l'approche populationnelle afin de répartir équitablement les argents entre les régions. De plus, chacun des établissements reçoit son budget par programmes services afin de faciliter la reddition de comptes.

ALLOCATIONS RÉGIONALES

Investissement 2009-2010

Pour l'exercice financier 2009-2010, l'Agence a alloué, outre la reconduction des crédits récurrents de l'année antérieure.

Un montant récurrent de 25,86 M$ réparti de la façon suivante :

- 1,14 M$ pour le développement du Plan d'accès en DI-DP annualisé à 2,06 M$
- 2,40 M$ pour l'annualisation des mesures de développement 2008-2009
- 14,7 M$ pour l'impact des taux de croissance
- 3,00 M$ pour le coût de système spécifique
- 1,68 M$ pour l'équité salariale (2007)
- 0,43 M$ pour l'intégration des nouvelles nomenclatures et charges à l'égard des cadres et hors cadres
- 0,29 M$ à titre de complément à la rétribution des ressources de type familial
- 0,02 M$ pour l'embauche d'un physicien annualisé à 0,076 M$
- 0,24 M$ pour la stratégie d'action jeunesse
- 0,75 M$ pour l'accroissement de volume en dialyse
- 1,00 M$ pour l'ajout de 75 places permanentes PALV en ressources intermédiaires, annualisé à 2,8 M$
- 0,05 M$ pour l'ajout de deux infirmières praticiennes annualisé à 0,18 M$
- 0,16 M$ pour l'ajout de 12 places en chambres et pensions annualisé à 0,18 M$

Un montant non récurrent de 12,76 M$ réparti de la façon suivante :

- 5,50 M$ pour le programme d'accès à la chirurgie, dont 2,0 M$ à recevoir du MSSS
- 0,10 M$ pour la problématique du jeu pathologique
- 2,00 M$ pour l'ajout temporaire de lits en courte durée
- 0,89 M$ à titre de mesures administratives, incitatives et primes du personnel infirmier à l'urgence et aux soins intensifs
- 0,70 M$ pour la stratégie d'action jeunesse
- 1,03 M$ pour l'accroissement de volume en obstétrique
- 0,26 M$ pour l'ajout temporaire de lits / places en longue durée
- 0,10 M$ pour le programme d'amélioration alimentaire en CHSLD
- 0,75 M$ pour la formation d'encadrement, des infirmières et autres qu'infirmières
- 0,89 M$ pour l'organisation du travail
- 0,54 M$ à titre de soutien aux organismes communautaires

ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE

Pour l'exercice financier 2009-2010, le CSSS de Laval a respecté la cible déficitaire maximale autorisée de 1,102 587 $ terminant avec un déficit de 1 092 279 $.

Tableau 17. Situation financière 2009-2010 des établissements de Laval

	TOTAL DES REVENUS	SURPLUS (DÉFICIT) 2009-2010	TOTAL DES DÉPENSES	AVOIR PROPRE AU 31-03-2010
ÉTABLISSEMENTS PUBLICS				
CENTRE DE SANTÉ				
Centre de santé et de services sociaux de Laval	402 523 627	(1 092 279)	403 615 906	(17 564 714)
CENTRE HOSPITALIER				
Hôpital juif de réadaptation	36 811 378	172 995	36 638 383	800 562
CR DÉFICIENCE INTELLECTUELLE				
CRDI Normand-Laramée	38 237 774	168 499	38 069 275	108 020
CENTRE JEUNESSE				
Centre jeunesse de Laval	62 877 129	766 471	62 110 658	1 766 734
Sous-total	**540 449 908 $**	**15 686 $**	**540 434 222 $**	**(14 889 398 $)**
ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS				
CHSLD PRIVÉS CONVENTIONNÉS				
CHSLD Vigi l'Orchidée blanche ltée	9 182 629	445 495	8 737 134	454 685
CHSLD St-Jude Inc.	15 056 170	302 801	14 753 369	3 986 837
Résidence Riviera Inc.	9 393 007	320 259	9 072 748	240 856
Manoir St-Patrice Inc.	6 837 174	181 152	6 656 022	1 367 712
Centre d'hébergement Champlain St-François	3 295 340	74 479	3 220 861	509 189
Santé Courville de Laval	5 692 006	49 253	5 642 753	73 321
Sous-total	**49 456 326 $**	**1 373 439 $**	**48 082 887 $**	**6 632 600 $**
TOTAL	**589 906 234 $**	**1 389 125 $**	**588 517 109 $**	**(8 256 798 $)**

Source: Résultats du fonds d'exploitation (activités principales et accessoires) du AS-471 avant analyse financière.

Tableau 18. Financement net 2009-2010 accordé par l'agence et le MSSS

	FINANCEMENT ACTIVITÉS PRINCIPALES	FINANCEMENT ACTIVITÉS ACCESSOIRES	FINANCEMENT NET TOTAL	DES EXERCICES ANTÉRIEURS ET AUTRES AJUSTEMENTS
ÉTABLISSEMENTS PUBLICS				
CENTRE DE SANTÉ				
Centre de santé et de services sociaux de Laval	346 164 196	3 320 992	349 485 188	5 391 123
CENTRE HOSPITALIER				
Hôpital juif de réadaptation	24 396 165		24 396 165	(593 797)
CR DÉFICIENCE INTELLECTUELLE				
CRDI Normand-Laramée	33 634 924		33 634 924	234 461
CENTRE JEUNESSE				
Centre jeunesse de Laval	60 388 573	20 000	60 408 573	248 734
TOTAL PUBLICS	**464 583 858 $**	**3 340 992 $**	**467 924 850 $**	**5 280 521 $**
ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS CONVENTIONNÉS				
CHSLD PRIVÉS CONVENTIONNÉS				
CHSLD Vigi l'Orchidée blanche ltée	7 198 662		7 198 662	(168 028)
CHSLD St-Jude Inc.	12 161 518		12 161 518	(358 753)
Résidence Riviera Inc.	7 330 771		7 330 771	(271 078)
Manoir St-Patrice Inc.	5 355 011		5 355 011	47 792
Centre d'hébergement Champlain St-François	2 664 725		2 664 725	42 272
Santé Courville de Laval	4 557 927		4 557 927	(176 237)
TOTAL PRIVÉS CONVENTIONNÉS	**39 268 614 $**	**0 $**	**39 268 614 $**	**(884 032 $)**
GRAND TOTAL	**503 852 472 $**	**3 340 992 $**	**507 193 464 $**	**4 396 489 $**

Source : Formulaires bugétaires

Tableau 19. Sommaire des autorisations d'emprunt au 31 mars 2010

	AUTORISÉ	RÉEL[1]
DÉPENSES DE FONCTIONNEMENT		
Équilibre budgétaire - CSSS de Laval	8 400 000	2 750 111
Sous-total	**8 400 000 $**	**2 750 111 $**
DÉPENSES D'IMMOBILISATIONS		
Projets autofinancés - CSSS de Laval		
• Distribution centralisée des concentrées en hémodialyse	510 000	374 000
• Aménagement de la cafétéria	370 000	158 571
Sous-total	**880 000 $**	**532 571 $**
TOTAL	**9 280 000 $**	**3 282 682 $**

[1] Source : États bancaires des emprunts

LES ÉTATS FINANCIERS CONDENSÉS DE L'AGENCE

LE RAPPORT DE LA DIRECTION

Laval, 22 juin 2010

Les états financiers condensés de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées qui respectent les principes comptables généralement reconnus du Canada, sauf dans les cas d'exception prévus au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles comptables internes, conçu en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles soient dûment approuvées et qu'elles permettent de produire des états financiers fiables, selon les règles prescrites par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et approuver les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et les vérificateurs, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

Les vérificateurs ont procédé à la vérification des états financiers de l'Agence, conformément aux normes de vérification généralement reconnues du Canada, et leur rapport des vérificateurs expose l'étendue et la nature de cette vérification et l'expression de leur opinion. Le rapport des vérificateurs ne comporte aucune restriction.

Claude Desjardins
Président-directeur général

Yves St-Onge
Directeur des affaires administratives

Tableau 20. Bilan au 31 mars 2010

	FONDS D'EXPLOITATION		FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES		FONDS D'IMMOBILISATIONS	
	Exercice courant $	**Exercice précédent $**	**Exercice courant $**	**Exercice précédent $**	**Exercice courant $**	**Exercice précédent $**
ACTIF						
À court terme						
Encaisse	764 019	1 694 540	5 859 534	5 294 965		
Placements	800 000		1 695 709			
Débiteurs :						
- MSSS	55 132	175 991	360 306	348 565	247 167	165 905
- Établissements publics	48 818	19 793		37 690	12 006 348	9 244 543
- Autres	101 746	19 026	422 156	84 323		
Intérêts courus						
Charges payées d'avance	63 128	111 246		401		
Autres éléments	791	47 296	14 900	15 157	1 980	
Total de l'actif à court terme	**1 833 634**	**2 067 892**	**8 352 605**	**5 781 101**	**12 255 495**	**9 410 448**
À long terme						
Subvention à recevoir (payée d'avance) - réforme comptable						
- écart de financement	528 429	524 060			(512 939)	620 344
- enveloppes décentralisées					36 893 730	36 514 491
Immobilisations					989 328	1 229 115
Autres éléments d'actif						
TOTAL DE L'ACTIF	**2 362 063**	**2 591 952**	**8 352 605**	**5 781 101**	**49 625 614**	**47 774 398**
PASSIF						
À court terme						
Découvert de banque			220 395	11 593	2 938 716	2 873 765
Emprunts de banque					9 195 400	6 451 875
Créditeurs et charges à payer :						
- MSSS						
- Établissements publics	43 984	146 652	182 645	143 136		
- Autres	698 342	682 451	361 532	218 768	266 166	183 086
Revenus reportés	219 667	330 012	269 003	465 066		
Provision pour vacances, congés de maladie, fériés	603 410	620 272				
Autres éléments	41 240					13 192
Total du passif à court terme	**1 606 643**	**1 779 387**	**1 033 575**	**838 563**	**12 400 282**	**9 632 511**
À long terme					37 225 332	38 252 480
TOTAL DU PASSIF	**1 606 643**	**1 779 387**	**1 033 575**	**838 563**	**49 625 614**	**47 774 398**
SOLDE DE FONDS	**755 420**	**812 565**	**7 319 030**	**4 942 538**		
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	**2 362 063**	**2 591 952**	**8 352 605**	**5 781 101**	**49 625 614**	**47 774 398**

Tableau 21. Résultats –
Exercice terminé le 31 mars 2010

	FONDS D'EXPLOITATION				FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES		FONDS D'IMMOBILISATIONS	
	Activités principales		Activités accessoires					
	Exercice courant $	**Exercice précédent $**	**Exercice courant $**	**Exercice précédent $**	**Exercice courant $**	**Exercice précédent $**	**Exercice courant $**	**Exercice précédent $**
PRODUITS								
Subventions MSSS	7 703 780	7 322 774	78 487	69 750	2 406 110	2 321 863		
Subvention pour le remboursement de la dette-capital							705 148	550 626
Subvention pour le remboursement de la dette-intérêt							1 546 438	1 909 391
Contributions des établissements					2 873 890	1 716 619		
Revenus d'intérêts	9 967	36 487	3 910	18 714	34 176	116 656		
Autres revenus	418 231	269 583			519 253	1 355 072	32 570	
TOTAL DES PRODUITS	**8 135 978**	**7 628 844**	**82 397**	**88 464**	**5 833 429**	**5 510 210**	**2 284 156**	**2 460 017**
CHARGES D'EXPLOITATION								
Salaires et avantages sociaux	5 309 750	5 183 700	52 594	55 331	201 669	123 562	69 049	69 378
Charges sociales	542 156	518 298	5 500	5 818	18 066	12 531	5 951	5 622
Frais de déplacement et d'inscription	92 029	111 545	9 350	6 485	4 123	3 617		
Services achetés	747 789	698 710			394 747	738 964		24 635
Communications	195 051	110 037			61 619	32 584		
Loyer	555 396	546 910			1 568 969	1 645 696		
Location d'équipement	1 414	3 063			2 161	399		
Fournitures de bureau et petits équipements	136 152	124 464			37 351	32 306		874
Autres frais	259 112	154 212	630	2 850	1 174 795	1 562 596	274 822	
Charges non réparties	23 026	200 021						
Intérêts sur emprunt CHQ et Financement Québec							1 530 807	1 909 391
Autres intérêts sur emprunts							15 631	30 025
Amortissements							401 080	442 549
TOTAL DES CHARGES D'EXPLOITATION ET NON RÉPARTIES	**7 861 875**	**7 650 960**	**68 074**	**70 484**	**3 463 500**	**4 152 255**	**2 297 340**	**2 482 474**
EXCÉDENT (DÉFICIT)	**274 103**	**(22 116)**	**14 323**	**17 980**	**2 369 929**	**1 357 955**	**(13 184)**	**(22 457)**
Contributions en provenance de l'avoir propre	25 773	93 527						
Contributions en provenance du fonds d'exploitation					10 572		299 876	71 411
Contributions en provenance des fonds des activités régionalisées							2 342	45 180
Contributions (affectées) au fonds d'immobilisations	(299 876)	(71 411)	(10 572)		(2 342)	(45 180)		
Excédent (Déficit) après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds			**3 751**	**17 980**	**2 378 159**	**1 312 775**	**289 034**	**94 134**

Tableau 22. Solde de fonds combinés
Exercice terminé le 31 mars 2010

	FONDS D'EXPLOITATION				FONDS DES ACTIVITÉS RÉGIONALISÉES		FONDS D'IMMOBILISATIONS	
	Activités principales		Activités accessoires					
	Exercice courant $	**Exercice précédent $**	**Exercice courant $**	**Exercice précédent $**	**Exercice courant $**	**Exercice précédent $**	**Exercice courant $**	**Exercice précédent $**
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	63 494	36 138	749 071	775 713		1 261 354	4 942 538	3 685 829
Additions (déductions)								
Excédent (Déficit) de l'exercice après contributions en provenance ou affectées à d'autres fonds			3 751	17 980	(13 184)	(22 457)	2 369 929	1 312 775
Autres transferts interfonds incluant ceux de l'avoir propre			(25 773)	(93 527)	302 218	116 591	82 263	(388)
Libération surplus années antérieures	(28 371)	(143 530)	28 371	143 530				
Autres additions (déductions)	(35 123)	170 886		(94 625)	(289 034)	(94 134)	(75 700)	(56 428)
Variation de l'exercice	**(63 494)**	**27 356**	**755 420**	**(26 642)**			**7 319 030**	**1 255 959**
Réforme comptable— redressement au ler avril 2008 :								
Amortissement cumulé des immobilisations						(1 572 197)		
Écart de financement - Immobilisations						310 845		
Autres redressements						(2)		750
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN		**63 494**	**755 420**	**749 071**			**7 319 030**	**4 942 538**

Tableau 23. État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits
Exercice terminé le 31 mars 2010

	Exercice courant $
ENVELOPPE RÉGIONALE	
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2009-2010 inscrit dans le système SBF-R	**534 407 399**
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE	
Allocations aux établissements	511 439 118
Allocations aux organismes communautaires	17 709 035
Allocations à d'autres organismes	450 300
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R	529 598 453
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	3 088 148
Autres	18 600
TOTAL DES AFFECTATIONS	**532 705 201**
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer	1 702 198
TOTAL des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R	1 549 740
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	152 458
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS	
Information additionnelle	
Financement alloué par le MSSS non inscrit au système SBF-R	87 916

Tableau 24. Bilan des fonds affectés

Exercice terminé le 31 mars 2010

	Exercice courant $	Exercice précédent $
ACTIF		
À court terme		
Encaisse	945 697	497 003
Débiteurs :		
• MSSS	17 434	28 673
• Établissements publics	6 906	
• Autres débiteurs	17 670	2 477
Charges payées d'avance	579 940	571 110
Autres éléments		
Total de l'actif à court terme	1 567 647	1 099 263
À long terme		
TOTAL DE L'ACTIF	**1 567 647**	**1 099 263**
PASSIF		
À court terme		
Découvert de banque		
Créditeurs et charges à payer :		
• Établissements publics	23 339	
• Autres	9 052	35 557
Revenus reportés MSSS et crédits régionaux	70 000	
Autres revenus reportés		
Autres éléments		
Total du passif à court terme	102 391	35 557
À long terme		
TOTAL DU PASSIF	**102 391**	**35 557**
SOLDE DE FONDS	**1 465 256**	**1 063 706**
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	**1 567 647**	**1 099 263**

Tableau 25. : Résultats des fonds affectés

Exercice terminé le 31 mars 2010

	Désengorgement des urgences $	Médecins en régions éloignées $	SIDA $	Systèmes d'information clientèle $	Fournitures spécialisées personnes handicapées $	Coordination en matière de santé et services sociaux $	Priorités régionales $	Groupes de médecine de famille (GMF) $	Total au 31 mars 2010 $	Total au 31 mars 2009 $
PRODUITS										
MSSS						1 386		2 831 453	2 832 839	2 459 072
Subvention MSSS										
Revenus d'intérêts	83		2	426	70	421	68	4 688	5 758	31 776
Autres										
TOTAL DES PRODUITS	**83**		**2**	**426**	**70**	**1 807**	**68**	**2 836 141**	**2 838 597**	**2 490 848**
CHARGES										
Établissements publics				8 400					8 400	27396
Organismes			520						520	10 000
Autres intérêts sur emprunts										
Salaires et avantages sociaux										
Charges sociales										
Frais de déplacement et d'inscription						911			911	8 088
Services achetés						13 340			13 340	20 724
Fournitures de bureau										
Autres charges d'exploitation (GMF)								2 441 337	2 441 337	2 203 760
Autres										
TOTAL DES CHARGES			**520**	**8 400**		**14 251**		**2 441 337**	**2 464 508**	**2 269 968**
Excédent (déficit)	**83**		**(518)**	**(7 974)**	**70**	**(12 444)**	**68**	**394 804**	**374 089**	**220 880**

Tableau 26. : Solde des fonds affectés

Exercice terminé le 31 mars 2010

	Désengorgement des urgences $	Médecins en régions éloignées $	SIDA $	Systèmes d'information clientèle $	Fournitures spécialisées personnes handicapées $	Coordination en matière de santé et services sociaux $	Priorités régionales $	Groupes de médecine de famille (GMF) $	Total au 31 mars 2010 $	Total au 31 mars 2009 $
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) AU DÉBUT	16 091	354	518	83 876		83 031	13 254	866 582	1 063 706	790 191
Additions (déductions)										
Excédent (Déficit) de l'exercice après contributions en provenance ou affectées à d'autres fonds	83		(518)	(7 974)	70	(12 444)	68	394 804	374 089	220 880
Autres additions (déductions)										
Variation de l'exercice	**83**		**(518)**	**(7 974)**	**70**	**(12 444)**	**68**	**1 261 386**	**374 089**	**220 880**
Autres redressements						1 667		25 794	27 461	52 635
SOLDE CRÉDITEUR (DÉBITEUR) À LA FIN	**16 174**	**354**		**75 902**	**70**	**72 254**	**13 322**	**1 287 180**	**1 465 256**	**1 063 706**

ANNEXE 1

CODE D'ÉTHIQUE ET DE DÉONTOLOGIE

I. CADRE LÉGAL

Le présent Code est adopté et appliqué conformément aux lois applicables, plus particulièrement à la Loi sur le ministère du Conseil exécutif (L.R.Q. c. M-30) et au Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics qui découle de cette dernière.

II. CHAMP D'APPLICATION

1. Le présent Code d'éthique et de déontologie s'applique aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval et de ses comités.
2. Il s'applique également au président-directeur général de l'Agence à titre de membre du conseil d'administration, nonobstant le fait qu'il peut également être régi par des normes d'éthique ou de déontologie qui pourraient lui être applicables au titre d'administrateur public.
3. L'administrateur est tenu, dans l'exercice de ses fonctions, de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la loi et le présent code. En cas de divergence, les règles et les principes les plus exigeants s'appliquent.
4. L'administrateur doit toujours agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles et, en cas de doute, favoriser l'application.
5. Ce Code n'est pas une énumération exhaustive des règles de déontologie applicables aux administrateurs, mais constitue des principes et des règles minimales qui peuvent guider l'administrateur dans l'exercice de ses fonctions.

III. DÉFINITIONS

Administrateur :
Désigne un membre du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval.

Agence :
Désigne l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval.

Conflit d'intérêts :
Désigne la notion de conflit d'intérêts telle que définie par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., C. S-4.2, a. 154).

Conflit de rôle :
Désigne la notion de conflit potentiel inhérente à la participation d'un administrateur à un conseil d'administration d'un autre organisme ou établissement du réseau de la santé et des services sociaux.

Conseil d'administration :
Désigne le conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval.

Déontologie :
Désigne les devoirs et obligations des administrateurs.

Éthique :
Désigne les normes et les valeurs qui sous-tendent l'action de l'organisation et ses principes généraux de gestion.

IV. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR

1. L'administrateur s'assure de respecter l'ensemble des règlements, politiques, cadres de gestion ou toutes règles en vigueur à l'Agence et contribue à leur respect.
2. L'administrateur doit participer aux travaux du conseil d'administration et y intervenir de façon à permettre à celui-ci d'exécuter les fonctions et mandats qui lui sont dévolus par la loi ou autrement.
3. L'administrateur doit agir avec soin, prudence, diligence et compétence dans l'exercice de ses fonctions.

4. L'administrateur doit agir avec honnêteté, loyauté et dans l'intérêt de la population de la région pour laquelle l'Agence est instituée et dans l'intérêt de l'Agence elle-même.
5. L'administrateur doit être présent aux activités du conseil d'administration et de ses comités.
6. L'administrateur doit participer activement à la prise de position du conseil d'administration.
7. L'administrateur intervient lors des séances du conseil de façon courtoise et respectueuse des opinions différentes ou contraires à la sienne.
8. L'administrateur, de par son intervention, doit permettre que les décisions du conseil d'administration soient prises en respect de la mission des établissements et des organismes en relation avec l'Agence; il agit avec équité à l'égard de ces établissements et organismes. Il exerce son droit de vote et ses pouvoirs de la manière la plus objective possible sans tenir compte des considérations politiques ou partisanes.
9. L'administrateur est solidaire des décisions prises par le conseil d'administration et ne peut en aucun cas prendre position publiquement à l'encontre de celles-ci.
10. L'administrateur reconnaît que le président-directeur général, ou toute autre personne que celui-ci pourrait désigner, agit à titre de porte-parole de l'Agence vis-à-vis le public ou de représentation à un tiers.
11. L'administrateur fait preuve de réserve à l'occasion de tout commentaire public concernant les décisions du conseil d'administration.
12. L'administrateur est tenu à la discrétion relativement aux informations qu'il obtient ou dont il a connaissance. Cette obligation n'a pas pour effet d'empêcher le membre du conseil d'administration représentant ou lié à un groupe d'intérêts particulier de le consulter ni de lui faire rapport, sauf si l'information est confidentielle suivant les lois ou si le conseil d'administration exige le respect de la confidentialité.
13. L'administrateur adopte une attitude de dignité, de réserve et de retenue. Il évite toute forme de discrimination ou de harcèlement. Il respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public, avec chaque individu.

Conflit d'intérêts et conflit de rôle

14. L'administrateur agit de bonne foi dans l'intérêt de la population et de l'Agence sans tenir compte d'intérêts particuliers.
15. Tout administrateur qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil d'administration ou de l'Agence ou les obligations de ses fonctions doit, sous peine de déchéance de sa charge :
    a) dénoncer son intérêt au conseil d'administration;
    b) s'abstenir de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise, dans laquelle il a un intérêt, est débattue.
16. Le fait pour un membre du conseil d'administration d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans l'article précédent ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de la Loi sur les valeurs mobilières (L.R.Q., c. V-1.1).
17. L'administrateur ne doit pas confondre les biens de l'Agence avec les siens et ne peut les utiliser à son profit ou au profit de tiers que conformément aux modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous.
18. L'administrateur ne peut utiliser à son profit ou au profit de tiers l'information privilégiée obtenue dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions.
19. L'administrateur ne tire aucun avantage indu de ses fonctions ni en son nom personnel ni pour le compte d'autrui.
20. L'administrateur doit prévenir tout conflit de rôle et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut exercer objectivement ses responsabilités.
21. L'administrateur qui siège à un comité ou une commission relevant du conseil d'administration doit déclarer les situations de conflits d'intérêts pour toute décision que le comité ou la commission prend en vertu d'une délégation du conseil d'administration ou pour toute recommandation ou tout avis transmis au conseil d'administration.

Activités politiques

22. Le président du conseil d'administration et le président-directeur général doivent éviter de manifester publiquement leurs allégeances politiques partisanes.

23. Le président du conseil d'administration ou le président-directeur général qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du Conseil exécutif.
24. Le président du conseil d'administration ou le président-directeur général qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit démissionner de ses fonctions.

Rémunération

25. L'administrateur ne reçoit aucun traitement ou rémunération autre que le remboursement des dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions.
26. L'administrateur ne peut accepter aucun cadeau ou autres avantages que ceux d'usage et d'une valeur modeste.
27. L'administrateur ne peut directement ou indirectement accorder, solliciter ou accepter une faveur ou un avantage indu, pour lui-même ou pour un tiers.

V. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR APRÈS LA FIN DE SON MANDAT

28. L'administrateur, qui a cessé d'exercer ses fonctions, doit se comporter de façon à ne pas tirer d'avantages indus de ses fonctions antérieures au service de l'Agence.
29. L'administrateur, qui a cessé d'exercer ses fonctions, ne doit pas divulguer une information confidentielle qu'il a obtenue, ni donner à quiconque des conseils fondés sur de l'information non disponible au public concernant l'Agence ou un autre établissement avec lequel il avait des rapports directs au cours de son mandat.
30. Dans l'année qui suit la fin de l'exercice de ses fonctions, l'administrateur ne peut agir au nom ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle est partie l'Agence et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

VI. MÉCANISMES D'APPLICATION DU CODE

31. Le président du conseil d'administration est responsable de l'application du présent Code.
32. Toute personne qui est d'avis qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi, au règlement ou au présent Code d'éthique et de déontologie, en saisit le président ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration.
33. Le président ou le vice-président du conseil d'administration, selon le cas, décide s'il s'agit d'un manquement ou d'une plainte frivole ou sans fondement. À cette fin, il consulte le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie.
34. Le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie formé par le conseil d'administration est composé de trois membres du conseil. Le président, le vice-président du conseil d'administration et le président-directeur général ne peuvent être membres du comité.
35. Le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie examine toute plainte transmise par le président ou le vice-président du conseil d'administration, selon le cas.
36. Le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie est maître de la preuve et de la procédure et détermine les moyens nécessaires pour mener toute enquête, en respectant les règles de justice naturelle.
37. L'enquête doit être confidentielle et protéger l'anonymat du plaignant.
38. Le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie doit informer l'administrateur visé de la nature des manquements reprochés.
39. Le comité-conseil sur l'éthique et la déontologie transmet le résultat de son enquête au président du conseil d'administration, ou au vice-président, selon le cas, et recommande une sanction, lorsqu'il arrive à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi, le règlement, ou le présent Code. Ce rapport est confidentiel.
40. Le président ou le vice-président, selon le cas, réunit le conseil d'administration qui décide, à huis clos, de la sanction à imposer à l'administrateur visé, lorsque requis. Ce dernier ne participe ni aux délibérations ni à la décision. Il peut cependant se faire entendre avant la prise de décision.
41. Les sanctions qui peuvent être prises sont, selon la nature ou gravité du manquement, le rappel à l'ordre, la réprimande, la suspension d'une durée maximale de trois mois ou le recours en déchéance de charge.
42. L'administrateur est informé par écrit de la sanction qui lui est imposée.

VII. DÉCLARATION D'INTÉRÊT

43. Dans les soixante (60) jours de l'adoption du présent Code par le conseil d'administration, chaque membre du conseil d'administration doit produire la déclaration contenue à l'Annexe II du présent Code.
44. Chaque nouveau membre du conseil d'administration doit faire de même dans les soixante (60) jours de son entrée en fonction.

VIII. PUBLICITÉ DU CODE

45. L'Agence doit rendre accessible un exemplaire du Code d'éthique et de déontologie des administrateurs à toute personne qui en fait la demande.
46. L'Agence doit publier dans son rapport annuel, le Code d'éthique et de déontologie des administrateurs.
47. Le rapport annuel de l'Agence doit faire état :
    - du nombre et de la nature des signalements reçus;
    - du nombre de cas traités et de leur suivi;
    - de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
    - des noms des personnes ayant été suspendues ou révoquées.

IX. DISPOSITIONS FINALES

48. Les membres du conseil d'administration s'engagent à respecter chacune des dispositions du présent Code d'éthique et de déontologie applicable à chacun d'eux. Ils complètent et signent, en début de mandat, l'engagement personnel prévu à l'Annexe I.
49. Le présent Code d'éthique et de déontologie entre en vigueur à la date de son adoption par le conseil d'administration et remplace et abroge le Code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Laval adopté le 7 mai 2003.

ANNEXE 2

PUBLICATIONS OFFICIELLES 2009-2010

MONOGRAPHIES (DÉPÔT LÉGAL ET ISBN)

- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL. Mission santé : plan de mesures d'urgence volet psychosocial : cahier de l'intervenant. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2009. (ISBN 978-2-923699-34-9/version imprimée; ISBN 978-2-923699-35-6/version PDF).

- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL. Ouvrir une résidence pour personnes âgées : réponses aux questions les plus fréquemment posées par les promoteurs. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2009. (ISBN 978-2-923699-40-0/version imprimée; ISBN 978-2-923699-41-7/version PDF).

- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LAVAL. Plan d'action 2009-2010 visant l'accessibilité et l'adaptation des services de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval aux personnes handicapées. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2009. (ISBN 978-2-923699-32-5/version imprimée; ISBN 978-2-923699-33-2/version PDF).

- BÉLANGER, Philippe. Quelques aspects de la santé des hommes à Laval : édition 2009. Direction de la santé publique de Laval, 2009. (ISBN 978-2-923699-42-4/version imprimée; ISBN 978-2-923699-43-1/version PDF).

- BINHAS, Lynda. Contribution des organismes communautaires oeuvrant en santé et services sociaux à Laval : portrait régional. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2009. (ISBN 978-2-923699-36-3/version imprimée; ISBN 978-2-923699-37-0/version PDF).

- COUTU, Michel, BERGERON, Ginette. Rapport annuel sur l'application de la procédure d'examen des plaintes et l'amélioration de la qualité des services 2008-2009. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2009. (ISBN 978-2-923699-30-1/version imprimée; ISBN 978-2-923699-31-8/version PDF).

- LAFORTUNE, Jean, PARÉ, Johanne. Rapport annuel de gestion 2008-2009. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2009. (ISBN 978-2-923699-28-8/version imprimée; ISBN 978-2-923699-29-5/version PDF).

- LAPOINTE, Micheline, NAWAL BELGHAITER, Siham et DUFOUR, Céline. Calendrier de conservation des documents administratifs. Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2009. (ISBN-978-2-923699-26-4/version imprimée; ISBN-978-2-923699-27-1/version PDF).

- ROBICHAUD, Catherine, AUTHIER, Marie-Andrée et ST-DENIS, Alexandre. Pauvreté à Laval, (La): au-delà des apparences : plus que jamais le développement des communautés. Agence de la santé et des services sociaux de Laval. Direction de la santé publique de Laval. (ISBN 978-2-923699-46-2-version Imprimée ; ISBN 978-2-923699-47-9-version PDF)

PUBLICATIONS EN SÉRIE (DÉPÔT LÉGAL ET ISSN)

- CA en Bref., Vol. 15, no 3 – Vol. 15, no 8/ ISSN : 1496-7413 (versión imprimée)/ISSN : 1496-7421 (version PDF).

- Synergie, Vol. 3, no 1 – Vol. 4, no 1/ISSN : 1496-7391 (version imprimée)/ISSN 1496-7405 (version PDF).

- Sélections Santé Laval, Vol. 5, no 4 – Vol. 6, no 1/ISSN : 1710-8284 (version imprimée)/ISSN 1710-8292 (version PDF) :
  AUTHIER, Marie-Andrée. Les agressions sexuelles à Laval, avril 2009; Les nouveau-nés et la défavorisation sur le territoire lavallois, juin 2009; Les Lavalloises : moins fortunées, mais un peu plus scolarisées, février 2010; Les grands défis populationnels de Laval : croissance démographique, vieillissement, immigration et rétention des clientèles, mars 2010.

BÉLANGER, Philippe. L'évolution du diabète à Laval, mai 2009; La santé mentale chez les adultes, octobre 2008; Les projections démographiques..., septembre 2009; Les tours d'habitation et la migration interrégionale à Laval, janvier 2010.
KÉBÉ, Mababou. Les différences entre les hommes et les femmes à Laval quant à leur santé et leur bien-être, octobre 2009.
GRIGNON, Richard. La santé du coeur à Laval, novembre 2009; Les hospitalisations dans la couronne Nord, décembre 2009.

- Mission Prévention Possible, Vol. 20, no 1– Vol. 21, no 1 (3 numéros). Coéditeur : Centre de santé et de services sociaux de Laval/ISSN : 1918-0837 (version imprimée)/ISSN 1948-0845 (version PDF).

Toutes ces publications sont disponibles sur le site Web de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval : **www.sssslaval.gouv.qc.ca, section Documentation.**

ANNEXE 3

FINANCEMENT RÉCURRENT AUX ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

	TOTAL 2008-2009	Mission globale (incluant PALV)	Entente de service et particulière	TOTAL
DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET TED				
Aide aux personnes âgées, défavorisées ou handicapées de Laval	83 062 $	91 260 $		91 260 $
Association de Laval pour la déficience intellectuelle (ALDI) Inc.	83 062 $	91 260 $		91 260 $
Ateliers adaptés Stimul'arts (Les)	129 576 $	144 420 $	10 000 $	154 420 $
Services du Chat botté de Laval	272 815 $	202 800 $	215 706 $	418 506 $
Société de l'autisme et des TED (Laval)	85 054 $	86 245 $		86 245 $
Corporation intégration à la vie active des personnes handicapées de Laval		Seulement en 2010-2011		0 $
Sous-total	**653 569 $**	**615 985 $**	**225 706 $**	**841 691 $**
DÉFICIENCE PHYSIQUE				
Association Dysphasie +	109 000 $	118 131 $	3 333 $	121 464 $
Association de la fibromyalgie de Laval	74 650 $	79 346 $	4 000 $	83 346 $
Association des personnes aphasiques de Laval	136 485 $	139 954 $	5 667 $	145 621 $
Association des personnes vivant avec une surdité de Laval	74 650 $	79 346 $	767 $	80 113 $
Association lavalloise pour le transport adapté (ALTA)	25 933 $		26 296 $	26 296 $
Association québécoise des traumatisés crâniens / SUPRARÉGIONAL	65 450 $		75 780 $	75 780 $
Association sclérose en plaques Laval	94 387 $	98 789 $		98 789 $
Regroupement des organismes de promotion de personnes handicapées de Laval	12 500 $		40 116 $	40 116 $
Service d'interprétation visuel et tactile du Montréal-Métropolitain (SIVET) / SUPRARÉGIONAL	52 575 $		53 311 $	53 311 $
Sous-total	**645 630 $**	**515 566 $**	**209 270 $**	**724 836 $**
DÉPENDANCES				
CAFAT	53 250 $	27 145 $		27 145 $
Maisonnée de Paulette Guinois (La)	50 750 $	51 461 $		51 461 $
Un foyer pour toi	62 500 $	126 750 $		126 750 $
Sous-total	**166 500 $**	**205 356 $**	**0 $**	**205 356 $**

	TOTAL 2008-2009	Mission globale (incluant PALV)	Entente de service et particulière	TOTAL
JEUNES EN DIFFICULTÉ				
Association québécoise des troubles d'apprentissage – section Laval	67 987 $	70 980 $		70 980 $
Bureau de consultation-jeunesse Inc. / SUPRARÉGIONAL	60 697 $		106 470 $	106 470 $
Carrefour jeunesse de Sainte-Rose	118 363 $	121 680 $		121 680 $
Centre communautaire Val-Martin (Le)	171 763 $		175 828 $	175 828 $
Centre défi-jeunesse de St-François	118 363 $	121 680 $		121 680 $
Diapason-Jeunesse	98 148 $	99 522 $		99 522 $
Gymn-Eau Laval	68 475 $	71 969 $		71 969 $
Jeunes au travail	106 575 $	108 067 $		108 067 $
Maison d'hébergement L'envolée	406 000 $	411 684 $		411 684 $
Maison de quartier de Fabreville Inc. (La)	173 428 $		177 516 $	177 516 $
Maison de quartier Vimont	157 539 $		181 766 $	181 766 $
Maison des jeunes de Laval-Ouest Inc.	118 363 $	121 680 $		121 680 $
Maison des jeunes de l'est de Laval	118 363 $	121 680 $		121 680 $
Maison des jeunes de Sainte-Dorothée	118 363 $	121 680 $		121 680 $
Maison des jeunes du Marigot	125 358 $	127 113 $		127 113 $
Mesures alternatives jeunesse de Laval Inc.	399 174 $	404 762 $		404 762 $
Oasis, Unité mobile d'intervention	152 306 $	127 484 $	32 955 $	160 439 $
Travail de rue de l'Île de Laval (T.R.I.L.) Inc.	342 252 $	317 891 $	32 955 $	350 846 $
Sous-total	**2 921 517 $**	**2 347 872 $**	**707 490 $**	**3 055 362 $**
PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT				
Association lavalloise des personnes aidantes (ALPA)	213 618 $	84 669 $	193 649 $	278 318 $
Association des popotes roulantes de Laval	46 012 $	46 656 $		46 656 $
Association pour aînés résidant à Laval	162 286 $	166 284 $		166 284 $
Baluchon Alzheimer / SUPRARÉGIONAL	0		5 070 $	5 070 $
Bonjour aujourd'hui et après Inc.	191 350 $	202 800 $		202 800 $
Centre communautaire le rendez-vous des aînés(es) (Laval) Inc.	204 125 $	162 240 $	93 344 $	255 584 $
Centre de bénévolat de Laval Inc. (2)	212 444 $	215 418 $		215 418 $
Centre d'entraide et de services communautaires du Marigot	208 930 $	211 855 $		211 855 $
Comité d'animation du troisième âge de Laval	156 125 $	162 240 $	65 720 $	227 960 $
DIRA-Laval Inc.	80 183 $	101 400 $		101 400 $
Groupe d'entraide La rosée	83 900 $	91 260 $		91 260 $
Groupe Promo Santé de Laval		28 516 $		28 516 $
Partage humanitaire	80 900 $	102 313 $		102 313 $
Place des aînés de Laval	40 600 $	41 168 $		41 168 $
Service bénévole d'entraide de Vimont-Auteuil	170 590 $	177 450 $		177 450 $
Société Alzheimer de Laval 1995	188 812 $	202 798 $	168 418 $	371 216 $
Centre S.C.A.M.A. Inc.	302 213 $	309 270 $		309 270 $
Sous-total	**2 342 087 $**	**2 306 337 $**	**526 201 $**	**2 832 538 $**

	TOTAL 2008-2009	Mission globale (incluant PALV)	Entente de service et particulière	TOTAL
SANTÉ MENTALE				
Association des loisirs pour personnes handicapées psychiques de Laval (ALPHPL)	237 428 $	218 010 $	29 711 $	247 721 $
Association IRIS / SUPRARÉGIONAL	139 923 $		141 882 $	141 882 $
Association lavalloise de parents pour le bien-être mental Inc.	258 365 $	266 672 $		266 672 $
CAFGRAF – Groupe d'entraide en santé mentale de Laval	389 752 $	325 876 $	69 332 $	395 208 $
Centre d'implication libre de Laval en réadaptation sociale C.I.L.L.	1 028 444 $	364 460 $	869 768 $	1 234 228 $
Corporation régionale santé mentale et travail de Laval	111 575 $	29 144 $		29 144 $
En-Droit de Laval (L')	78 063 $		81 120 $	81 120 $
Ressources ATP Groupes de soutien pour personnes anxieuses et trouble panique (La)	60 933 $	70 980 $		70 980 $
Service populaire de psychothérapie (S.P.P.)	208 075 $	210 988 $		210 988 $
Sous-total	**2 512 558 $**	**1 486 130 $**	**1 191 813 $**	**2 677 943 $**
SANTÉ PHYSIQUE				
Société de Soins Palliatifs à Domicile du Grand Mtl. / SUPRARÉGIONAL	218 654 $		221 715 $	221 715 $
Lumi-Vie	81 200 $	162 240 $		162 240 $
Association du diabète – Laval, Laurentides, M.R.C. des Moulins Inc.	154 566 $	82 337 $		82 337 $
Sous-total	**454 420 $**	**244 577 $**	**221 715 $**	466 292 $
SANTÉ PUBLIQUE				
Association amicale des jeunes & parents « Agape » Inc.	103 250 $	106 470 $		106 470 $
L'Entraide (Pont-Viau et Laval-des-Rapides) Inc.	31 441 $		31 881 $	31 881 $
Parentèle de Laval Inc. (La)	16 922 $		17 159 $	17 159 $
Relais familial d'Auteuil (Le)	14 494 $		17 026 $	17 026 $
Enfant d'abord	78 025 $	86 190 $		86 190 $
Jardin de la famille de Fabreville Inc. (Au)	57 875 $	65 910 $		65 910 $
Maison de la famille de St François	41 694 $		42 278 $	42 278 $
Maison Dominique	216 538 $	228 150 $		228 150 $
Nourri-Source Laval	10 000 $	20 280 $		20 280 $
Relais communautaire de Laval (Le)	133 437 $	141 960 $		141 960 $
Sida-Vie Laval	192 476 $	134 331 $	60 840 $	195 171 $
Sous-total	**896 152 $**	**783 291 $**	**169 184 $**	**952 475 $**
SERVICES GÉNÉRAUX				
Bouclier d'Athena : Services familiaux (Le) / SUPRARÉGIONAL	91 390 $		92 669 $	92 669 $
Centre communautaire " Le Coumbite de Laval "	98 213 $	101 400 $		101 400 $
Centre d'écoute de Laval	65 975 $	66 899 $		66 899 $
Centre de bénévolat de Laval inc. (2)	75 125 $	76 177 $		76 177 $
Centre de prévention et d'intervention pour victimes d'agression sexuelle (CPIVAS) inc.	357 929 $	330 589 $	67 351 $	397 940 $
Centre des femmes de Laval (Le)	181 894 $	184 441 $		184 441 $
Centre des femmes dynamiques de Laval	15 000 $	30 420 $		30 420 $
Centre d'intervention en délinquance sexuelle (CIDS)	138 437 $	152 100 $		152 100 $

	TOTAL 2008-2009	Mission globale (incluant PALV)	Entente de service et particulière	TOTAL
CHOC Carrefour d'hommes en changement	314 969 $	216 772 $	102 607 $	319 379 $
Corporation de développement communautaire de Laval	102 666 $	111 708 $		111 708 $
Maison Le prélude inc.	693 934 $	703 649 $		703 649 $
Maison L'Esther inc.	631 669 $	640 512 $		640 512 $
Maison de Lina	637 664 $	646 591 $		646 591 $
Sous-total	**3 404 865 $**	**3 261 258 $**	**262 627 $**	**3 523 885 $**
GRAND TOTAL	**13 997 299 $**	**11 766 372 $**	**3 514 006 $**	**15 280 378 $**

AUTRES ORGANISMES EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX	
FADOQ	10 000 $
Groupe Promo-Santé Laval	41 428 $
Maison du Marigot (La)	30 420 $
Maison des soins palliatifs de Laval	76 294 $
Service régional de crise de Laval L'Îlot	1 512 800 $
Regroupement des centres de la petite enfance de Laval (RCPEL)	17 777 $
Regroupement lavallois des chambres et pensions pour personnes âgées	56 997 $
Organismes (4) Logement social	217 042 $
TOTAL	**1 962 758 $**